Rok XXXVIII. Kraków, 13 Maja 1899. Nr. 19

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 13 Maja 1899. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Prace zawarte w tym numerze poświęcają autorowie

JWielmożnemu Panu Radcy Dworu, Profesorowi Drowi

Ludwikowi Rydygierowi

w rocznicę 25-letniego jubileuszu Jego naukowo-literackiej działalności, jako szczery wyraz czci od wdzięcznych uczniów.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Rydygiera.

O sposobie Winkelmanna doszczętnego leczenia wodniaków mosznowych.

Podał

Dr. St. Krasowski.

Nakłócie wodniaka mosznowego *(hydrocele testis)* i wstrzykiwanie do niego takich płynów drażniących, jak wyskok' nalewka jodowa, płyn Lugola, kwas karbolowy, chlorek cynku i t. d., stosuje się dziś nader rzadko, prawie wyłącznie u dzieci, a u starszych tylko wtedy, kiedy nie chcą zgodzić się na radykalniejszy zabieg. U starszych po tym zabiegu występują po krótszym lub dłuższym czasie nawroty, — powtóre, nie jest on tak niewinnym, skoro są znane przypadki zapaleń wskutek silnego podrażnienia przetworami chemicznymi. Że się dotąd ten sposób leczenia wodniaków utrzymał, zawdzięcza to tylko temu, że jest łatwy do wykonania, bez żadnego niebezpieczeństwa, a chorzy chętnie zgadzają się na niego. Mogą się i tu zdarzyć zakażenia i rzeczywiście się zdarzają; w tym roku miałem sposobność widzieć ropne zapalenie worka mosznowego u chorego, któremu robiono nakłócie wodniaka. Są to przypadki rzadkie, odosobnione, i przypisać je należy raczej jakiemuś nieprzewidzianemu wypadkowi, aniżeli zaniedbaniu antyseptyki ze strony lekarza.

Jeżeli chodzi o doszczętne wyleczenie wodniaka, to prawie każdy ze sposobów krwawych prowadzi do celu. Tak dobrze daje trwałe wyleczenie tak zwany sposób Volkmanna, polegający na szerokiem nacięciu i zeszyciu brzegów osłonki jądra właściwej *(tunica vaginalis testis propria)* ze skórą i tamponowaniu, jak wszystkie inne sposoby, w których bądź częściowo, bądź też zupełnie wycina się osłonkę, a brzegi rany skórnej się zeszywa (Bergmann, Tillmanns).

Te radykalne sposoby przewyższają nakłócie, bo po nich nie zdarzają się nawroty, a przynajmniej są bardzo rzadkie, a przy utrzymanej antyseptyce są tak niewinne, jak i nakłócie. Jeżeli nakłócie ma jeszcze jaką zaletę wobec tych sposobów, to tę, że chory po niem może oddawać się zazwyczaj zaraz swemu zajęciu, podczas gdy inne sposoby wymagają dłuższego czasu do wyleczenia, jak n. p. Volkmannowski sposób — do 3 tygodni. Najkrócej gojenie trwa, jeżeli po wycięciu osłonki brzegi rany zeszyjemy, a rana zgoi się przez rychłozrost. Ale i w tym najlepszym razie sprawa trwa od 6—10 dni.

W listopadzie zeszłego roku podał Winkelmann nowy sposób doszczętnego leczenia wodniaka mosznowego, który łączy w sobie zalety nakłócia z korzyścią sposobów radykalnych, t. j. jest bardzo łatwy do wykonania, daje trwałe wyniki i chory może zaraz po operacyi oddawać się swemu zajęciu.

Sposób ten polega na wynicowaniu osłonki jądra właściwej. Postępuje się w ten sposób: robi się nacięcie 4·5 ctm. długie w górnym odcinku guza przez worek mosznowy aż do osłonki właściwej, następnie wypuszcza się płyn z wodniaka, robiąc w nim, bliżej bieguna górnego, nacięcie o tyle wielkie, aby jądro przejść mogło. Przez otwór wyciągamy jądro na zewnątrz, pomagając sobie w ten sposób, że go przez moszna od tyłu palcami wypychamy. Ujawszy jądro palcami, wyciągamy je ile się da na zewnątrz. Osłonka właściwa wynicowuje się wtedy i wsuwa się poza jądro sama, albo wsuwamy ją, o ile to nie nastąpiło przy powyższem postępowaniu. Następstwem takiego wynicowania jest, że cała powierzchnia osłonki właściwej, pokryta śródbłonkiem, styka się z raną, z którą musi się zrosnąć. Otwór zrobiony w osłonce

leży teraz powyżej jądra, i jeżeli nie jest zbyt duży, przeszkadza, aby wynicowana osłonka cofnąć się mogła.

Jak wiadomo, osłonka właściwa *(tunica vaginalis testis propria)* przedstawia się jako worek, którego ściana przednia *(pars parietalis)* jest połączona z osłonką wspólną *(tunica vaginalis communis funiculi spermatici et testis)* zapomocą tkanki bardzo wiotkiej i kruchej, zaś ściana tylna *(pars visceralis)* jest zrośnięta z przednią powierzchnią jądra i głową przyjądrza *(caput epidydymis)*. Jeżeli jądro wypchniemy przez zrobione nacięcie w worku (w osłonce właściwej) i wyciągamy je na zewnątrz, to pociągamy od wewnątrz również dno worka na zewnątrz, czyli wynicowujemy go; wewnątrz worka znajduje się teraz całe jądro (przed wynicowaniem było za workiem) i tkanka, która łączy je z osłonką wspólną. Takie wynicowanie udaje się z 2 przyczyn: pierwsza, ponieważ jądro daje się dość dużo wyciągnąć z worka mosznowego; druga, ponieważ osłonka właściwa jądra jest bardzo luźno połączona z osłonką wspólną.

Niemożliwą jest rzeczą, aby osłonka właściwa, w ten sposób wynicowana, mogła się napowrót odwinąć; przeszkadza temu otwór zrobiony w osłonce, który teraz znajduje się powyżej jądra i pierścieniowato obejmuje sznurek, następnie samo jądro, uciskając na ściany, nie pozwoli się odwinąć. Dlatego otwór powinien być tylko tak duży, aby przez niego zaledwie jądro dało się przeprowadzić; gdyby przypadkiem zrobiło się go większym niż potrzeba, należy go pomniejszyć przez nałożenie szwu. Niema obawy, aby ów pierścień uciskał na sznur nasienny, albo na jego naczynia. Jest on dość obszerny, aby ugniatał, a zrosnąć się mu nie pozwoli jego zbita, elastyczna tkanka łączna, nieskłonna do wytworzenia ściągającej blizny, nadto sznurek nasienny leży wśród tkanki łącznej, wcale nienaruszonej.

Jak się przekonać mogliśmy, tak podczas operacyi, jak podczas prób na zwłokach, zaułków się żadnych nie pozostawia, któreby mogły dać powód do nawrotu. Cała powierzchnia, przykryta śródbłonkiem, styka się z raną i z nią się zrosnąć musi. Gdyby nawet jaki zaułek na razie powstał i powierzchnia surowicza wydzielała płyn, to płyn zostanie wessany, ponieważ nie będzie zamknięty ze wszystkich stron błoną surowiczą, a rozwijająca się tkanka łączna sprowadzi do zaniku i ten zaułek.

Tego sposobu użyliśmy w ośmiu przypadkach z bardzo dobrym skutkiem. Operowaliśmy w znieczuleniu miejscowem sposobem Schleicha po wstrzyknięciu poprzedniem 0·01 morfiny. Operacya trwa bardzo krótko. Najdłużej trwa znieczulenie. Na ranę skórną zakładamy 2—3 szwów katgutowych. Tyle najzupełniej wystarczy do zespojenia rany, a następnie płyn, pochodzący z nacieczenia (infiltracyi), krew, która się nagromadziła, mają swobodny odpływ między rzadko założonemi szwami. Na ranę dajemy suchą wyjałowioną gazę i na to nieco waty — opatrunek przytrzymujemy suspensorium Horanda, którem można dowolnie ucisk wywrzeć, jaki jest potrzebny, aby płyn Schleicha i krew nagromadzoną wycisnąć z rany i dalsze krwawienie powstrzymać.

Pierwszych 2 chorych leczono klinicznie, następnych ambulatoryjnie, ponieważ przebieg tamtych był bez przypadłości, polecając im zgłosić się przed upływem sześciu dni, w razie, gdyby się pojawiły jakieś przypadłości chorobowe; w przeciwnym razie — po 6 dniach do zmiany opatrunku. Po 6 dniach rana była zupełnie wygojona. Chorym wrażliwym polecaliśmy pierwszy dzień po operacyi przebyć w łóżku, mniej wrażliwi mogli się oddawać swoim zajęciom tego samego dnia.

Operacya ta jest bardzo łatwa i trwa krótko; ręce operatora, że się tak wyrażę, stykają się z raną tylko przelotnie tak, że przy dzisiejszej anty- i aseptyce sposób ten operowania wcale nie przedstawia większego niebezpieczeństwa, niż nakłócie. Nad sposobami radykalnymi ma tę wyższość, że jest bezwarunkowo mniejszym zabiegiem, gojenie się trwa nierównie krócej, a co do pewności wyniku, nie ustępuje im.

W końcu poczuwam się do miłego obowiązku podziękować Czcigodnemu Radcy Dworu, Prof. Rydygierowi, za udzielony mi łaskawie materyał.

II. Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu lwowskiego pod kierownictwem Radcy Dworu Prof Dra Rydygiera

O leczeniu gruźlicy stawów.

(Spostrzeżenia, oparte na materyale kliniki chirurgicznej krakowskiej od r. 1887—1896 i lwowskiej od 1896—1898).

Zebrał

Dr. S. Ruff,

asystent kliniki.

Jeżeli zabieram głos w tej tak wielokrotnie omawianej sprawie, to czynię to w tem przekonaniu, że ogłoszenie doświadczeń, jakie porobiliśmy w ciągu 12-tu lat, w epoce, w której wszystkie nowoczesne sposoby leczenia gruźlicy stawów się urabiały, nie będzie bez pożytku, szczególniej, jeżeli się zważy, że do dziś dnia istnieją znaczne różnice w zapatrywaniach autorów, i że jednolite zasady postępowania leczniczego nie są wcale ustalone. Powszechnie wiadomo, że w naszym biednym kraju gruźlica wyrządza straszne spustoszenia, a materyał kliniczny stanowi w znacznej części gruźlica stawów i kości. Mieliśmy więc aż nadto sposobności żeby najrozmaitsze metody lecznicze wypróbować i wyrobić sobie zdanie o ich wartości, oparte na faktach. Wiem dobrze, że nie rzucę wiele nowego światła na omawianą sprawę, sądzę jednak, że praktyczne doświadczenia, zebrane na dużym materyale i w dobrze urządzonej klinice, zdołają wyświetlić niejedną wątpliwość i dać niejedną pożyteczną wskazówkę.

Owocem tych doświadczeń jest monografia: „O leczeniu gruźlicy stawów“, wydana w r. 1895 przez profesora Rydygiera w zbiorze odczytów klinicznych *Gazety Lekarskiej*. W tej pracy wyjaśnione jest stanowisko, jakiemu klinika wówczas, a w znacznej części i po dziś dzień, hołduje. Celem niniejszej pracy jest tylko uzupełnienie i udowodnienie postawionych tam zasad, na podstawie statystyki i przyczynków kazuistycznych.

Niech mi wolno będzie na tem miejscu złożyć serdeczne dzięki memu czcigodnemu nauczycielowi i szefowi, Panu Radcy Dworu Profesorowi Rydygierowi, za zachętę do tej pracy i za cenne wskazówki, których mi nie szczędził.

I. **Uwagi ogólne.** Jeżeli mam określić stanowisko, jakie klinika nasza zajmuje w sprawie leczenia gruźlicy stawów, to nazwałbym je eklektycznem. Nie trzymamy się bezwzględnie żadnej z istniejących metod, przeciwnie, staramy

się zużytkować wszystkie zdobycze nowoczesnej chirurgii, a rozmaite sposoby postępowania uzupełniają się wzajemnie, jak nam się zdaje, — na korzyść naszych chorych.

Mówiono wiele i pisano jeszcze więcej w obronie leczenia „zachowawczego“ zarówno jak i „radykalnego“. Zaprowadziłoby mnie to zbyt daleko, gdybym chciał wchodzić w szczegóły tego sporu; podnoszę jednak z naciskiem, że jedna metoda drugiej wcale nie wyklucza, i przypominam ostrzeżenie Rydygiera, żeby tylko nie zanadto „konserwować“. Przekonaliśmy się, a udowodnię to poniżej, że tak zachowawcze jak i radykalne leczenie ma każde swoje osobne wskazania i że obie metody, racyonalnie zastósowane, mogą dać doskonałe wyniki. Oczywiście ścisłych granic tutaj nakreślić nie można, i każdy chirurg ma w tym względzie swoje zapatrywanie. Jeżeli Henle[1]) z kliniki Mikulicza podaje, że tam z wyjątkiem stawu kolanowego u dorosłych, wszystkie gruźlicze zapalenia stawów leczy się przeważnie zachowawczo, to my, na podstawie naszych doświadczeń, musimy oświadczyć, że z jednej strony znaczną liczbę przypadków odrazu przeznaczamy do operacyi, z drugiej zaś, że bardzo liczne przypadki, leczone przedtem zachowawczo, przychodzą jednak do operacyi i, powiedzmy to odrazu, w znacznie gorszych warunkach. Z naszego doświadczenia odnieśliśmy wrażenie, że tylko pewna ilość przypadków, i to wcale nie większość, nadaje się do zachowawczego leczenia.

Gdzie leży przyczyna tej różnicy między wynikami naszymi a kliniki Mikulicza? Może w tem, że u nas, gdzie lud nędznie się żywi, gruźlica jest bardziej złośliwa, niż w szczęśliwszych krajach, a może też i w tem, że nasi chorzy po opuszczeniu kliniki wracają do swojej nędzy i do ciężkiej pracy tak, że nie mogą dostatecznie dbać o swoje członki. Może wreszcie w tej okoliczności, że zestawienia statystyczne obejmują tylko krótkie okresy czasu i że chorych, którzy przy opuszczeniu kliniki mieli się jako tako, zapisuje się jako „trwale uleczonych“.

Pisano wiele o „trwałych wyleczeniach“ gruźlicy stawów. Mniemam, że wyrażenie to jest zbyt śmiałe. Nie możemy nigdy choremu na gruźlicę stawu zaręczyć, że jest stanowczo wyleczony, gdyż brak nam do tego jakiegokolwiek kryteryum, a przypominam jeden z naszych przypadków, o którym wspomina także Rydygier w swojej monografii, gdzie chory, który przed 20-tu laty przebył zapalenie gruźlicze stawu kolanowego, uległ nawrotowi tej choroby i poddał się resekcyi stawu. Wśród operacyi okazało się, że przyczyną nawrotu po 20-tu latach pozornego wyleczenia, był odsłój w nasadzie kości goleniowej, który pozostał po pierwszej chorobie. Z drugiej strony zależy także wynik od tego, jak się chory po wyjściu z pod opieki lekarskiej zachowuje. Rozumie się, że jeżeli te same szkodliwe czynniki, które przyczyniły się do powstania choroby, wywierają swój wpływ nadal, to nic łatwiejszego, jak to, że wybuchnie nawrot zapalenia, a jeżeli za pierwszym razem wytworzył się jeszcze odsłój, to pomimo pozornie najlepszego „zachowawczego“ wyleczenia, możemy się lada dzień spodziewać nawrotu choroby. —

Dlatego nie zwlekamy zbyt długo z operacyą, i przeznaczamy do krwawego zabiegu wszystkie te przypadki, które po pewnym czasie, wśród leczenia zachowawczego nie okazują wybitnej dążności do polepszenia.

Musimy przytem przedewszystkiem uwzględnić stosunki majątkowe i położenie społeczne chorych. Pacyenci nasi należą po największej części do najuboższej klasy ludności, a długie leczenie, połączone z niemożnością zarabiania na życie, może, jeśli nie musi, chorego do nędzy przyprowadzić.

Resekcye dzisiaj nie przedstawiają prawie żadnego niebezpieczeństwa, a wyniki, licząc nawet na lata, są wcale dobre; uważamy przeto za najlepszy sposób postępowania — uwolnić chorego jednym zabiegiem od cierpień, i umożliwić mu szybki powrót do pracy.

Nawet u zamożnych pacyentów nie zwlekamy zbyt długo z operacyą. Czekamy wprawdzie nieco dłużej, niż u chorych ubogich, ale krwawego zabiegu nigdy na zbyt odległe terminy nie odkładamy.

Wiemy z doświadczenia, ile wycierpieć musi taki nieszczęśliwy bogacz; jeździ latami po różnych kąpielowych miejscach, przebywa ciężkie męczarnie, formalnie torturowany przeróżnymi przyrządami ortopedycznymi, wstrzykiwaniami i t. p., a wszystko to najczęściej z takim wynikiem, że po kilku, a czasem i więcej, latach nędznej wegetacyi, zwraca się do operacyjnego leczenia.

Mimowoli nasunąć się tu musi pytanie, czy nie korzystniejszą byłaby i dla ludzi zamożnych, nawet we wcześniejszych okresach choroby, operacya? — Operacya, która, przy dzisiejszej doskonałej technice, prawie żadnem nie grozi niebezpieczeństwem, a wcale nie gorsze daje wyniki, niż to wieczne „zachowawcze“ leczenie.

Wyniki naszych badań i doświadczeń zmuszają nas do stanowczego potwierdzenia tego pytania. Nie chcę przez to powiedzieć, że jesteśmy zdeklarowanymi przeciwnikami postępowania zachowawczego; owszem, uchylamy i przed niem czoła, i oceniamy dokładnie jego wartość w wielkiej liczbie przypadków, — ale zawsze pamiętamy o przestrodze Rydygiera: ażeby nigdy nie zajść za daleko w postępowaniu zachowawczem, w przypadkach zaś, na co szczególniejszy nacisk kładę, w których podejrzywamy obecność odsłoju w kości, jak również w takich, które przy zachowawczem leczeniu nie okazują wybitnej dążności ku poprawie, jaknajprędzej imać się krwawego zabiegu.

Chciałbym teraz przedstawić stósowane przez nas sposoby postępowania. Używaliśmy wedle możności wszystkich znanych metod; tu skreślę uzyskane przez nas w ciągu lat spostrzeżenia.

Sposoby „postępowania zachowawczego“. U naszych chorych stósowaliśmy wszystko, co tylko podciągnąć można pod fałszywie, a co najmniej, delikatniej mówiąc, pod nieszczęśliwie używaną nazwę „zachowawczego leczenia“. U niektórych stósowaliśmy ignipunkturę lub pryszczydła, u innych okłady i kąpiele. Zakładaliśmy przyrządy wyciągające i szyny, wywoływali bierne przekrwienie Biera, wstrzykiwaliśmy mięszankę jodoformu z gliceryną i kw. cynamonowy. Próbowano Lannelonguea *„méthode sclerogène“* i tuberkuliny Kocha; a obecnie zakładamy chorym przyrządy mechaniczno-ortopedyczne, ułatwiające chodzenie. Wszystkie te i wiele innych sposobów postępowania wypróbowaliśmy dokładnie przy równoczesnej ogólnej terapii i posilnem odżywianiu chorych.

[1]) Henle: Die Behandlung der tuberkulösen Gelenkerkrankungen etc. (*Beitr. zur klin. Chirurgie v. Bruns T. XX. Z. 2*).

Próbowaliśmy także łączyć niektóre sposoby w zastósowaniu, często z dobrym wynikiem, często jednakże i z ujemnym. Pozwolę sobie odesłać z tem czytelnika do zestawienia statystycznego, które zdaje mi się najlepiej sprawę wyjaśnia.

Najlepszym i względnie najprostszym sposobem postępowania leczniczego wydaje mi się zastosowanie chlorku cynkowego podług Lannelonguea, połączone z odpowiedniem ortopedycznem postępowaniem; jednakże tylko w tych przypadkach, w których gruźlica występuje więcej okołostawowo.

W przypadkach wyłącznego zajęcia stawu nie radziłbym próbować tego sposobu, ponieważ chlorek cynkowy powoduje zesztywnienie stawu. Wprawdzie bardzo niewiele chorych leczyliśmy tą metodą, ale nasze wyniki, jak i badania Ziemackiego[1]), mogą chyba tylko do dalszych doświadczeń zachęcić.

Wstrzyknięcie wykonane starannie i wprawnie, znoszą chorzy bardzo dobrze, a daje ono świetne wyniki, nawet co się tyczy i ruchomości stawu. Przy narośli grzybowatej (fungus) czysto stawowej uciekamy się najchętniej jeszcze dzisiaj do użycia mięszanki jodoformu z gliceryną. Przy najściślejszem przestrzeganiu aseptyki, wstrzykujemy śródstawowo 3—10 ctm^3 tej mięszanki, oraz takąż ilość w najbliższą okolicę chorego stawu.

Mięszankę wyjaławiamy. — Ponieważ jodoform w ciepłocie wrzenia rozkłada się, używamy refrakcyjnej metody Tyndalla.

Dziesięcioprocentową mięszaninę jodoformu z gliceryną rozdzielamy na małe flaszeczki, do jednorazowego użycia. Flaszeczki te, szczelnie zamknięte, codziennie zanurzamy na godzinę w wodzie ogrzanej do 60°C. przez 4—5 dni. Tak przygotowana mięszanka jest zupełnie pozbawiona wszelkich drobnoustrojów, o czem przekonały nas niejednokrotnie robione próby.

Przy tem zaznaczam w przeciwieństwie do wywodów Henlego[2]), że niewyjałowiony jodoform nie daje żadnej pewności co do antyseptyki i może nawet zawierać zarodki chorobotwórcze.

Wytwarza on wprawdzie warunki niekorzystne dla rozwoju bakteryj i rzeczywiście zazwyczaj jest aseptyczny; ja jednak obawiałbym się wprowadzić do stawu niewyjałowioną mięszankę jodoformową.

Wstrzyknięcie prawie zawsze jest bardzo bolesne, prawdopodobnie z powodu gliceryny — i wywołuje zwykle mniejszy lub większy odczyn. W okolicy stawu występuje bolesny obrzęk, a u niektórych chorych ciepłota ciała podnosi do 38° i wyżej. Wstrzykiwania powtarza się co 12—14 dni nie zaniedbując naturalnie w międzyczasie terapii ogólnej, jak przyrządy wspierające przy chodzeniu, kąpiele słone, dobre odżywianie i t. p.

Przeglądając nasze statystyczne zestawienie, z łatwością możemy spostrzedz, że znaczna część przypadków przez nas w ten sposób leczonych, zakończyła się ostatecznie operacyą.

[1]) Ziemacki: Traitement des ostéoarthrites tuberculeuses au moyen des injections sous-periostales de la solution de chlorure de Zinc. (*Revue de Chirurgie*, 1896).

[2]) Henle: loc. cit.

Pamiętamy przypadki, w których, po kilku wstrzyknięciach, okazało się, przy podwyższeniu ciepłoty i wśród ogólnych ciężkich przypadów, ropienie w stawie, i zmusiło nas do szybkiego wkroczenia operacyjnego.

W czasie resekcyi w tych przypadkach widzieliśmy nieraz wokoło grudek jodoformu małe ropnie, otoczone wybujałą obficie ziarniną gruźliczą. — Nie mogę stanowczo odmówić jodoformowi pewnego wpływu na gruźlicę; przekonują o tem dowodnie liczne zrosty i blizny znajdowane w stawie podczas operacyi. Jednakże wobec naszych doświadczeń, zdaje mi się, że skuteczność jodoformu jest wogóle przeceniona — i że tylko w lżejszych przypadkach, które może i bez niego mogłyby być wyleczone, można przy stósowaniu jodoformu otrzymać zupełnie pomyślne wyniki. —

Głównym i najdzielniejszym czynnikiem leczniczym, jest przy tem postępowaniu, ogólna terapia i ustalenie chorego stawu. Wyniki zaś pomyślne przy tem postępowaniu, o których ciągle słyszymy i czytamy, należy raczej przypisać umiejętnie stosowanemu leczeniu ortopedycznemu i odpowiedniemu pielęgnowaniu chorych, — niż wpływowi jodoformu.

Liczne doświadczenia internistów pouczają nas, że gruźlica płuc może bez leków ustąpić, jeżeli choremu otworzy się korzystne warunki higieniczne. To samo można śmiało powiedzieć o gruźlicy stawów, a obowiązkiem już jest lekarza znaleźć dla chorego stawu odpowiednie warunki i ustrój chorego tak uodpornić, ażeby ognisko choroby „samo przez się“, że tak powiem, zetlało i znikło.

Każdy doświadczony chirurg mógłby przytoczyć liczne przypadki takiego „dobrowolnego“ ustąpienia choroby.

Jeżeli jednak zajęty gruźlicą staw, pomimo naszych usiłowań, nie okazuje wybitnej dążności do polepszenia, powinniśmy się cieszyć, że możemy chorobę wprost w samem jej zarzewiu stłumić, usuwając zajęte części z ustroju.

Spostrzeżenia uzyskane przez nas przy stósowaniu innych sposobów „zachowawczych“, w krótszych już skreślę słowach.

Tuberkulina Kocha, narobiwszy dużo wrzawy w swoim czasie, po krótkiem chociaż rozgłośnem istnieniu, poszła *ad acta*.

Nam nie udało się w żadnym przypadku osiągnąć przy jej pomocy nawet miernie dodatnich wyników. Również nieświetne wyniki dały nam wstrzykiwania kw. cynamonowego sposobem Landerera; to też porzuciliśmy je wkrótce, a zwróciliśmy się do wyciągania sposobem Volkmanna i używaliśmy go w szerokim zakresie, jak długośmy nie wiedzieli, że gruźlicę stawów można wybornie leczyć, nie trzymając pacyenta w łóżku.

O ignipunkturze i miejscowych środkach odciągających już i nie wspominam; zarzuciliśmy je dawno, równocześnie z innemi klinikami.

Skreśliwszy pokrótce nasze sposoby postępowania, sądzę, że nie zaciemni to jasności przedstawienia, jeśli pozwolę sobie naszkicować w ogólnych zarysach postępowanie kliniki naszej z chorym, zgłaszającym się z gruźlicą stawu.

Wszystkie przypadki dłużej trwające i te, w których wykazać można ropienie, albo jeśli się potworzyły przetoki, przeznaczamy bezzwłocznie do operacyi. W przy-

padkach zaś świeżych, u pacyentów, którzy nie zgadzają się na operacyę, jak również w gruźlicy stawu kolanowego u dzieci, trzymamy się postępowania „zachowawczego". Przy takiem leczeniu główny nacisk kładziemy na to, ażeby chory staw uwolnić od nacisku, i staramy się o ile możności, ażeby nasi chorzy jak najwięcej mogli chodzić, a przynajmniej jak najkrócej pozostawali w łóżku. Cel ten osiągamy przez odpowiednie zastósowanie różnych opatrunków i przyrządów. O tych nie chcę szczegółowo rozpisywać się; przeróżne przyrządy mechaniczno-ortopedyczne są ogólnie dobrze znane. Pomysłowość chirurgów i mechaników na tem polu szerokie już zakreśliła granice, a najwięcej zawdzięczamy rozszerzenie ich Lorenzowi [1]), Hoffie [2]) i Hessingowi.

Ogólnie znaną jest rzeczą, jak dla chorego zbawiennem jest leczenie bez trzymania go w łóżku; nasze doświadczenia mogą nas tylko zachęcić do tego postępowania.

Chorzy, a szczególniej dzieci, dawniej miesiącami do łóżka przykuci, przy takiem leczeniu prędko do sił przychodzą, łaknienie wraca, a my uzyskujemy sprzyjające warunki do starań o polepszenie ogólnego stanu pacyenta.

Bardzo chętnie stosujemy przekrwienie bierne Biera, codziennie na jedną do dwóch godzin. Wprawdzie nie osiągnęliśmy dotychczas zbyt jaskrawych wyników, ale zabieg ten wydaje się nam tak niewinnym, że można go próbować w każdym przypadku. Na noc zdejmujemy przyrząd i dajemy wilgotny okład z *Sol. Burowi*, albo słony, i t. p. Chorym tym zaleca się także, o ile można codzień, słone kąpiele. Mniej więcej co 12—14 dni wstrzykujemy mięszankę jodoformową, albo chlorek cynkowy.

W początkach w ostrym boleśnym okresie, używamy także dosyć chętnie opatrunków gipsowych, których naturalnie już na noc się nie zdejmuje. Ogólnie działamy na chorego posilnem łatwo strawnem odżywianiem, podajemy wewnętrznie kreozot, guajakol, tran i t. p., a pokój chorego starannie przewietrzamy. Za najważniejszy jednak czynnik leczniczy, uważamy, jak już wspomniałem, trzymanie chorego o ile można na świeżem powietrzu. Zamożnym pacyentom polecamy na lato kąpiele jodowe i morskie, ubodzy, niestety, muszą się obejść bez tego tak zbawłennego w skutkach środka leczniczego.

Oto krótki zarys naszego postępowania „zachowawczego". W szczegóły się nie wdaję, gdyż dobrze są ogólnie znane.

Lecząc naszych chorych „zachowawczo" strzeżemy się przedewszystkiem naturalnie, ażebyśmy nie popadli w jednostajność szablonową. W każdym przypadku używamy środka odpowiedniego, jednego lub kilku razem, trzymając się danych wskazówek, których nam dostarcza szczegółowe badanie i poznanie leczonego pacyenta. Leczenie takie wymaga naturalnie znacznego doświadczenia i umiejętności ze strony lekarza; od chorego zaś, ażeby się do wskazówek lekarza ściśle stósował i z nim współdziałał. Cierpliwość i rozsądek pacyenta są *conditio sine qua non*.

Niestety, wyniki nie odpowiadają temu założeniu i niejednokrotnie przekonaliśmy się o bezskuteczności naszych usiłowań i cierpliwości chorych.

[1]) Lorenz: Über die mechan. Behandlung der Coxitis u. der fungösen Gelenkserkrankungen der unteren Extranität überhaupt. — (*Wiener. Klinik. 10 u. 11*).

[2]) Hoffa: Die ambulante Behandlung der tubercul. Hüftgelenkentzündung mittels portativer Apparate. ((*Festschrift für Esmarch*. 1893).

Wykaz statystyczny [1]). Zachowawczo leczonych było 177 przypadków, mężczyzn 73, kobiet 104.

Przypadki te dzielą się jak następuje:

I. Staw biodrowy: Przypadków 59. Mężczyzn 25: wyleczonych 7, wypisanych w stanie polepszonym 14, nieuleczonych 3, umarł 1. Kobiet 34: wyleczonych 7, wypisanych w stanie polepszonym 15, nieuleczonych 11, umarła 1. Następowo zgłosiło się do resekcyi 2 przypadki.

II. Staw kolanowy. Przypadków 69. Mężczyzn 30: uleczonych 6, wypisanych w stanie polepszonym 16, nieuleczonych 6, umarło 2. Kobiet 39: uleczonych 12, wypisanych w stanie polepszonym 19, nieuleczonych 10. Następowo do resekcyi zgłosiło się 19 przypadków.

III. Staw skokowy i stępowy. Przypadków 32. Mężczyzn 11: wyleczonych 5, polepszenie u 6. Kobiet 21: uleczonych 9, polepszenie u 7, nieuleczonych 8. Następowo wykonano resekcyę albo amputacyę u 8.

IV. Staw barkowy. Żadnego przypadku nie leczono »zachowawczo«.

V. Staw łokciowy. Przypadków 9. Mężczyzn 3, uleczony 1, polepszenie u 1, nieuleczony 1. Kobiet 6: uleczonych 3, polepszenie u 2, nieuleczona 1. W 2 przypadkach »nieuleczonych« przyszło do resekcyi.

VI. Staw ręki. Przypadków 8. Mężczyzn 4: uleczonych 2, polepszenie u 2. Kobiet 4: uleczonych 0, polepszenie u 2, nieuleczone 2. Następowo do operacyi zgłosiło się trzy osoby.

Wogóle osiągnięto wyleczenie:	52	t. j.	29·4%
polepszenie:	84	»	47·6%
nieuleczonych:	39	»	22%
umarło:	4	»	2·26%
Następowo wykonano operacye:	34	»	19·1%.

Uważny czytelnik spostrzeże, że największa liczba przypadków notowana jest w rubrykach: stawu biodrowego i kolanowego, że natomiast stawu barkowego wcale nie leczyliśmy zachowawczo. Przyczyny należy szukać w tej okoliczności że z jednej strony niezbyt łatwo decydujemy się na tak znaczną operacyę jak wypiłowanie stawu biodrowego, z drugiej zaś, że właśnie w tym stawie, z niewytłómaczonych przyczyn, wyniki leczenia zachowawczego są wcale pomyślne.

Riedel [2]) na podstawie swych badań podaje, że w 84% zapaleń stawu biodrowego znachodzą się pierwotne ogniska kostne. Pomimo tego jednak leczenie zachowawcze daje przeciętnie niezłe wyniki, według Brunsa [3]) nawet 77% wyleczenia w formie nieropiejącej. Nasze wyniki istotnie stwierdzają prawdziwość statystyki Brunsa, mianowicie, od czasu racyonalnego stósowania leczenia ortopedycznego, wyniki są wcale dobre. Co się tyczy stawu kolanowego, to przeważająca ilość zachowawczo leczonych należała do osób w wieku dorastającym, przed 18 rokiem życia. Dziś już wszyscy godzą się na to, że w tym wieku resekować się nie powinno. W stawie barkowym natomiast resekcya dała nam tak świetne wyniki, zarówno co do wyleczenia, jak i co do sprawności kończyny, że we wszystkich przypadkach wykonywaliśmy operacyę. Wśród naszych 13 przypadków zapalenia stawu barkowego, cierpienia stosunkowo rzadkiego, mieliśmy 6 razy t. zw. *Caries sicca*, wszystkie przez resekcyę zupełnie uleczone. Z przypadków zapisanych jako zapalenie sta-

[1]) Zwracam uwagę, że w moim wykazie przytaczam tylko przypadki leczone stale w klinice, o których bliższe szczegóły znajdują się w rocznikach kliniki; wszystkie leczone poliklinicznie, przypadki z wykazu wyłączyłem.

[2]) Riedel: Die Häufigkeit der Sequester bei Tuberculose der grossen Gelenke etc. (*Centralblatt f. Chirurgie* 1893, Nr. 7 i 8).

[3]) Bruns: Ueber die Ausgänge der tuberculösen Coxitis (*Langenbeck's Archiv* T. 48 1884).

wu biodrowego *(coxitis)* wydzieliłem 3, które potem rozpoznaliśmy jako biodro szpotawe *(coxa vara)*. Oczywiście przypadki te były zanotowane jako wyleczone metodą zachowawczą. Pozwalam sobie wyrazić przypuszczenie, że gdybyśmy mogli dziś, kiedy nauczyliśmy się rozpoznawać biodro szpotawe, zbadać powtórnie wszystkie „wyleczone" przypadki, znaleźlibyśmy znacznie więcej tego rodzaju przypadków. Wogóle jednak mieliśmy wyniki zachowawczego leczenia nie złe. Przynajmniej nie zgłosił się żaden z „uleczonych" z nawrotem [1]).

Przytoczone przypadki zapalenia stawu kolanowego *(gonitis)* dotyczą, jak powiedziałem, dzieci i osób młodych poniżej 18-tu lat. W tym stawie jest naszem zadaniem, jeżeli już nie uda nam się choroby wyleczyć, żeby przeciągnąć sprawę aż do ukończenia wzrostu kości, a wtedy dopiero wykonać resekcyę. Wszak wiadomo jak znaczne skrócenia powstawały, kiedy jeszcze na wzrost kości nie zwracano uwagi. Z leczonych zachowawczo 69 przypadków, poddało się 19 następowo operacyi. Zajmującym jest następujący przypadek: Młoda dziewczyna, siostrzenica lekarza, była leczona przez 2 lata zachowawczo, mianowicie zapomocą wstrzykiwań mięszanki jodoformowej, przyrządów ortopedycznych i kąpieli słonych, leczyła się w kąpielach jodowych i była bardzo troskliwie obserwowaną — pozornie z dobrym skutkiem. Nagle po dwóch latach, dziewczyna ciężko zachorowała i wśród wysokiej gorączki wystąpiło zropienie stawu. Wtedy wykonaliśmy resekcyę, a obecnie, t j. w 3 i pół lat po operacyi chora ma się tak dobrze, że znaczne spacery odbywa bez pomocy laski. Niemniej zajmującym jest wzmiankowany powyżej przypadek, gdzie po 20-tu latach pozornego wyleczenia zapalenia stawu kolanowego, wybuchł nawrót choroby, a przy operacyi znaleźliśmy stary odsłój.

W dalszym ciągu leczyliśmy 32 przypadki gruźlicy stawu skokowego i kości śródstopia. Tu rozchodziło się głównie o formy zapalenia okołostawowe, a leczenie zachowawcze łączyliśmy często z nacięciami, skrobaniami i przyżeganiami. Wyniki niezłe.

Najniższe liczby wykazuje s t a w ł o k c i o w y i n a d g a r s t k o w y. W stawie łokciowym dawała nam resekcya tak dobre wyniki, także i co do sprawności kończyny (podczas gdy po leczeniu zachowawczem prawie bez wyjątku pozostaje sztywność stawu), że tylko nieliczne przypadki i to w pierwszych początkach choroby leczyliśmy zachowawczo. Wyniki były dobre, ponieważ mieliśmy do czynienia z nader lekkimi przypadkami. Tożsamo da się powiedzieć i o s t a w i e n a d g a r s t k o w y m. Staw ten jest tak łatwo przystępny, a zabieg operacyjny tak łatwy i nie połączony z niebezpieczeństwem, że woleliśmy odrazu pozbawić chorych cierpienia, niż narazić ich na długo trwające, a w skutkach niepewne leczenie zachowawcze. Tych kilka przypadków, które leczyliśmy zachowawczo, zakończyło się dobrze, z wyjątkiem trzech, które następowo poddały się operacyi.

Sądzę, że zestawienie statystyczne potwierdza nasze na wstępie wypowiedziane uwagi; jeszcze dobitniej stwierdzają nasze zapatrywania wyniki leczenia operacyjnego. Zanim przejdę do ich omówienia, chciałbym pokrótce przedstawić metody operacyjne, które według naszych doświadczeń okazały się jako najlepsze i których stale używamy.

III. **Sposoby leczenia operacyjnego**. Przez „operacyę" rozumiem każdy zabieg krwawy, począwszy od nieznacznych skrobanek do najrozleglejszych amputacyj i eksartykulacyi.

N a c i ę c i e t o r e b k i s t a w o w e j (arthrotomia) i j e j w y c i ę c i e (arthrectomia) bywają rzadko używane, głównie zaś u dzieci. Wycięcie torebki stawowej wymaga tak dobrych warunków ogólnych i miejscowych, że tylko wyjątkowo można go użyć ze skutkiem. Wszelako operacya ta, dobrze wykonana i przy troskliwem leczeniu następowem, daje wcale dobre wyniki; według B e a u r a i n a [1]) nawet 55% wyleczenia. Sprawność kończyny zwykle wraca, jeżeli się dość wcześnie przystępuje do wykonywania ruchów. U nas wykonano tę operacyę zaledwie 7 razy, w 4-ch przypadkach ze skutkiem pomyślnym.

Najczęstszą operacyą w gruźlicy stawów jest resekcya, częściowa lub całkowita. Pierwszej używamy jako uzupełnienia leczenia zachowawczego; ropnie zimne otwieramy szeroko, przetoki wyskrobujemy, powierzchownie leżące ogniska kostne usuwamy ostrą łyżeczką. Tak samo, po szerokiem otwarciu stawu, usuwamy tylko te części kości, które są chorobowo zmienione. Zwracam jednak zaraz uwagę, że zbyteczna oszczędność w resekowaniu nie wychodzi chorym na dobre, szczególniej na kończynie górnej, gdzie nam nie zależy na większem lub mniejszem skróceniu, powinno się wszystkie podejrzane tkanki bezwzględnie usuwać i raczej wykonywać całkowitą resekcyę. W stawie kolanowym wykonywamy zasadniczo całkowite wypiłowanie stawu, odkąd operujemy sposobem T e x t o r - G u e p r a t t e a, a w razie przykurczeń sposobem H e l f e r i c h a.

Co się tyczy całkowitej resekcyi, to nie ograniczamy się na odpiłowaniu końców stawowych kości, lecz jak to zresztą ogólnie czynią, uważamy za najgłówniejszą część naszego zadania wycięcie najdokładniejsze całej torebki stawowej aż do najodleglejszych jej wypukleń, tak jak gdybyśmy wycinali nowotwór złośliwy. Po dokładnem oczyszczeniu rany i zatamowaniu krwotoku, zaszywamy ranę lub wypełniamy ją tamponami z gazy jodoformowej, poczem zakładamy opatrunek ustalający z opasek krochmalnych i fornirów. Skoro tylko rana zewnętrzna jest zagojona, a czasem nawet wcześniej, dajemy chorym przyrządy do chodzenia, ażeby mogli jak najwięcej czasu spędzać na wolnem powietrzu, bo przekonaliśmy się, że rany po resekcyach bez porównania lepiej goją się, jeżeli chorzy chodzą, aniżeli gdy leżą w łóżku. Jeżeli nam idzie o uzyskanie stawu ruchomego, to jak najwcześniej przystępujemy do wykonywania ruchów biernych i czynnych.

W wyborze cięcia do resekcyi kierujemy się zawsze dążnością do możliwie szerokiego odsłonięcia stawu, aby módz dokładnie obejrzeć wszystkie zaułki i wyciąć wszystkie chorobowo zmienione tkanki. Dlatego, o ile możności, dajemy pierwszeństwo cięciom poprzecznym i płatowym, gdyż te dają najlepszy przystęp do stawu.

W s t a w i e b i o d r o w y m używamy zawsze cięcia podanego przez R y d y g i e r a. Cięcie to daje bardzo dogodny przystęp do stawu, a nad innemi ma tę wyższość, że krwo-

[1]) Żeby się dowiedzieć o dalszych losach naszych chorych, rozesłałem pomiędzy nich kwestyonarz, na który jednak otrzymałem tak mało odpowiedzi, że nie mogę ich tu zużytkować.

[1]) B e a u r a i n: Die Resultate der Arthrectomie bei der tuberculösen Gonitis. (*Inaug. Dissert. Zurich* 1894).

tok jest nader mały i obraża się stosunkowo mało mięśni. W razie znaczniejszego zajęcia panewki biodrowej wykonywamy nadto resekcyę kości biodrowej według Bardenheuera. Operacya ta zaleca się bardzo u niezbyt podupadłych chorych. Krwotok nie jest tak wielki, jakby się tego należało obawiać i chorzy znoszą bardzo dobrze ten bądź co bądź znaczny zabieg. Można śmiało usunąć całą panewkę, gdyż oddzielona okostna wytwarza szybko bardzo oporną kość, a z czasem wytwarza się nawet nowa panewka. Doświadczenie usunęło teoretyczne wątpliwości, które i my mieliśmy co do tej operacyi i byliśmy istotnie zdumieni, jak dobrze funkcyonuje kończyna po tak rozległej resekcyi.

W ciągu leczenia następowego po resekcyi stawu biodrowego nie staramy się wcale o uzyskanie ruchomości, a tylko zwracamy baczną uwagę na poprawne ustawienie kończyny. Przekonaliśmy się, że chorzy chodzą bardzo dobrze, jeżeli mają zesztywnienie (ankylosis) w lekkiej abdukcyi i rotacyi na zewnątrz. Jedna z naszych chorych donosi, że chodzi bardzo dobrze i bez żadnych trudności tańczy, jakkolwiek ma staw biodrowy zupełnie sztywny. Oczywiście muszą chorzy przez jakiś czas po resekcyi nosić odpowiedni tutor, aby z jednej strony chronić staw od urazów zewnętrznych, a z drugiej, żeby ustalić dobre ustawienie kończyny. Zazwyczaj polecamy chorym noszenie tutoru przynajmniej przez rok.

W stawie kolanowym, po wypróbowaniu najrozmaitszych metod operacyjnych, wybraliśmy, jako najlepszy, sposób podany przez Textora i Gueprattea. Cięcie przebiega od jednego kłykcia kości udowej łukowato przez guzowatość kości goleniowej *(tuberositas tibiae)*. Przyczep więzadła rzepkowego *(lig. patellae)* oddziela się, a rzepkę razem z zaułkiem pod mięśniem czterogłowym *(recessus quadricipitis)* w całości się wypreparowuje i wycina[1]). W dalszym ciągu otwieramy szeroko staw i końce kości odpiłowujemy (w razie przykurczenia piłujemy łukowato podług Helfericha[2])). Teraz dopiero rozpoczyna się najważniejsza część operacyi, mianowicie wycięcie torebki stawowej. Wykonywamy to zapomocą szczypczyków i nożyczek Coopera i operujemy zawsze w zdrowych częściach, jak przy wycinaniu nowotworów złośliwych. W końcu wypłókujemy dokładnie ranę, tamujemy krwotok i zakładamy dokładny szew, pozostawiając w kącikach drobne otworki dla odpływu wydzieliny. Opatrunek ustalający utrzymuje kończynę w pozycyi wyprostowanej, a po 2—4 tygodniach, gdy rana, jak z reguły bywa, jest zgojona przez rychłozrost, zakładamy chorym opatrunek gipsowy, sięgający od palców stopy do biodra. Ten opatrunek pozostawiamy 6—8 tygodni i każemy chorym w nim jak najwięcej chodzić. Wreszcie, gdy nastąpił już zupełny zrost kostny, dajemy chorym tutor, złożony z dwóch szyn bocznych, pasa miednicowego i czapeczki na kolano.

Ten sposób operacyjny dał nam istotnie doskonałe wyniki. Skrócenie kończyny jest możliwie małe, odkąd zastósowaliśmy modyfikacyę Helfericha, a kończyna bywa zupełnie sprawną. Co się tyczy częstości nawrotów po resekcyi to w mojem zestawieniu znajduję ich bardzo mało. Wszyscy chorzy, od których na moje zapytenie otrzymałem odpowiedź, podają, że są zdrowi i mogą oddawać się swej pracy zawodowej. Oczywiście wielu umarło w międzyczasie z powodu gruźlicy innych narządów. Dwa razy wytworzył się po resekcyi staw wrzekomy. W obu przypadkach wykonaliśmy powtórną resekcyę, w jednym ze skutkiem pomyślnym, w drugim nastąpiła śmierć w klinice z powodu ogólnej gruźlicy prosówkowej. W pierwszym przypadku był się wytworzył zupełnie nowy staw z chrząstką i więzadłami stawowemi, w drugim był tylko włóknisty zrost kości.

Zatoru tłuszczowego (Fettembolie), którego powszechnie tak się obawiają, nie widzieliśmy ani razu po resekcyi kolana.

W stawie skokowym używamy najrozmaitszych sposobów resekcyi, zależnie od siedziby ognisk gruźliczych, względnie przetok. I tu, jeżeli można, dajemy pierwszeństwo cięciu poprzecznemu (Huetera), gdyż ono daje nam najlepszy przystęp do stawu. Okoliczność, że trzeba przy tej operacyi przeciąć liczne ścięgna i nerwy, nie zmniejsza wcale jej wartości, gdyż, po zeszyciu ścięgien i nerwów, sprawność stopy jest zupełnie zadowalniająca, a tak dobrego przystępu żadna inna metoda nie daje. Z licznych innych sposobów używamy jeszcze najchętniej sposobu Lauensteina. Cięcie to ma tę wielką zaletę, że w razie nawrotu można jeszcze wykonać operacyę Władimirow-Mikulicza, gdyż przy pierwszej operacyi żadne ważniejsze naczynie nie zostało obrażone. Zazwyczaj pozostaje po resekcyi stawu skokowego kostny zrost; pomimo tego sprawność stopy jest dostateczną, gdyż wytwarza się ruchomość między drobnemi kostkami śródstopia. Niezmiernie ważnem jest tu leczenie pooperacyjne. Chorzy nasi otrzymują jak najwcześniej przyrządy do chodzenia i rany, leczone w ten sposób, goją się nader szybko.

Dość często i z dobrym skutkiem używamy osteoplastycznej resekcyi Władimirow-Mikulicza. Do amputacyi podudzia uciekamy się tylko w wyjątkowych przypadkach. Doświadczenie pouczyło nas, że można wiele tak zwanych przypadków amputacyjnych wyleczyć zapomocą resekcyi, jeżeli się tylko dokładnie stawia wskazania. A przecież odjęcie kończyny nie jest obojętną rzeczą.

Jeden przypadek operował Rydygier w ten sposób, że po rozległej resekcyi stopy i prawie zupełnem wyłyżeczkowaniu kości piętowej, wstawił zdrową kość piszczelową w jamę, powstałą przez wyskrobanie kości piętowej. Przypadek ten zakończył się wyzdrowieniem, jakkolwiek z góry wątpiliśmy o wyniku i operacyę tę uważaliśmy tylko jako wstęp do amputacyi, na którą chory nie chciał dać zezwolenia.

W gruźlicy kości śródstopia używamy chętnie dwóch bocznych cięć Bardenheuera, czasem i cięcia w kształcie litery H. Oczywiście wykonywamy też — gdzie potrzeba — operacye Lisfranca, Choparta i amputacyę osteoplastyczną Pirogowa. Wyniki tych wszystkich operacyj podaje zestawienie statystyczne.

W stawie barkowym stosunki są tego rodzaju, że nie uważaliśmy za stosowne ani jednego przypadku leczyć

---

[1]) Rzepkę usuwamy z zasady, nawet wtedy, jeżeli nie okazuje żadnych zmian patologicznych. Znajduję w naszych historyach chorób często notowane ogniska kostne w rzepce, a ponadto wycięcie dokładne całego *recessus quadricipitis*, gdzie zawsze są ziarniny gruźlicze, bez usunięcia rzepki jest wprost niemożliwe. Powtóre rzepka jest zupełnie niepotrzebna dla sprawności kończyny, boć przecie staramy się o uzyskanie zrostu kostnego w pozycyi wyprostowanej.

[2]) Helferich: Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1890.

zachowawczo. Po pierwsze z tego względu, że najczęstszą postacią gruźlicy stawu barkowego jest Caries sicca, sprawa bardzo boleśna i szybko niszcząca kość, gdzie leczenie zachowawcze prawie żadnych widoków polepszenia nie daje, a w każdym razie doprowadza zawsze do zesztywnienia stawu; a powtóre, ponieważ resekcya w tym stawie daje tak dobre wyniki co do doszczętnego wyleczenia i sprawności kończyny, że chorzy bardzo szybko mogą powrócić do swych zajęć zawodowych i mają zupełnie dobry ruchomy staw. Zazwyczaj wykonywamy tę resekcyę sposobem Hueter-Olliera; raz wykonano resekcyę z cięcia atypowego tylnego, ponieważ tego wymagało usadowienie przetok. Po operacyi zakłada się ustalający opatrunek Desaulta, który leży 12—14 dni, poczem powoli rozpoczynamy wykonywanie ruchów biernych, a przeciętnie po 4—6 tygodniach wypuszczamy chorych z kliniki, jako zupełnie wyleczonych [1]). W dwóch z 13-tu operowanych przypadków wystąpiły nawroty w posteci małych przetok, te jednak po energicznem przyżeganiu azotanem srebrowym, ostatecznie się wygoiły.

W stawie łokciowym dała nam resekcya bardzo piękne wyniki, jakkolwiek mamy tu zanotowanych więcej nawrotów, ponieważ staw ten jest bardzo narażony na szkodliwości zewnętrzne. Tylko u dzieci i w początkowych przypadkach leczyliśmy zachowawczo; przeważająca liczba chorych leczoną była operacyjnie. Prawie wyłącznie używaliśmy tu cięcia bagnetowatego Olliera i, jakkolwiek nie operowaliśmy — jak tego chce Ollier, — podokostnowo, ale bezwzględnie wycinaliśmy wszystkie tkanki gruźlicze, to jednak uzyskaliśmy dobre wyniki i co się tyczy ruchomości. W leczeniu pooperacyjnem ważnem jest bardzo uchwycenie odpowiedniej chwili do rozpoczęcia ruchów biernych, gdyż zarówno zbyt wczesne jak i zbyt późne uruchomienie stawu szkodzi późniejszej sprawności kończyny. Chorzy, którzy zbyt wcześnie opuścili klinikę, aby wrócić do swej pracy, wracali zazwyczaj z nawrotem; u innych znowu, którzy nie dość pilnie wykonywali ruchy, wytwarzało się prędzej lub później częściowe lub całkowite zesztywnienie. Pierwszy opatrunek zakładamy w pozycyi wyprostowanej; po 12—14 dniach zginamy łokieć do 90° i ustalamy w tej pozycyi na dalszych 10—12 dni. Dopiero wówczas, gdy rana jest zupełnie zagojona, przystępujemy do wykonywania ruchów czynnych i biernych. Staw cepowy wystąpił u nas po resekcyi 3 razy; wszystkie przypadki polepszyły się znacznie po założeniu odpowiednich opatrunków. Amputacyi ramienia z powodu gruźlicy stawu łokciowego nie wykonaliśmy ani razu. Nawroty wystąpiły w 6 ciu przypadkach, czyli w 16,9% operowanych i to najczęściej w postaci drobnych przetok. Przetoki te, jak wszystkie gruźlicze, leczyliśmy w ten sposób, że wprowadzaliśmy do nich i pozostawiali kawałki azotanu srebrowego, który, stykając się dłuższy czas z ziarniną gruźliczą, niszczy ją w zupełności, nie naruszając zdrowych części. Prawie wszystkie przetoki w ten sposób traktowane wygoiły się; tylko 2 razy musieliśmy wykonać powtórną rozległą resekcyę. Godną uwagi jest okoliczność, że nawroty występowały przeważnie po atypowych i częściowych resekcyach, a ostatnie przytoczone 2 przypadki mają to samo pochodzenie. Mamy więc dobitne potwierdzenie naszego ostrzeżenia, żeby nie być zbyt oszczędnym i operować w zdrowych częściach; jedynie i wyłącznie najdokładniejsze usunięcie wszystkich chorobowo zmienionych tkanek daje nam możliwość usunięcia choroby, a wszak mamy obowiązek, dać choremu jak najlepsze widoki wyleczenia, jeżeli go narażamy na przykrości i niebezpieczeństwa krwawego zabiegu.

[1]) Jeżeli się czyta w sprawozdaniach z rozmaitych klinik »geheilt bis auf eine kleine Fistel«, to oczywiście niema tu mowy o wyleczeniu. Przypadki, które ja nazywam »wyleczonymi«, są istotnie kompletnie wyleczone.

W gruźlicy stawu nadgarstkowego i kości śródręcza postępowaliśmy zazwyczaj atypowo: naturalnie używaliśmy tu wyłącznie cięć podłużnych, podobnych do tych, jakie podali Lister, Langenbeck i inni. Wyniki czynnościowe nie były tu tak świetne, jak n. p. w stawie barkowym, gdyż zwykle pozostawała niejaka sztywność palców i stawu, jakkolwiek zwracaliśmy na to uwagę i wcześnie wykonywali ruchy. Wszelako i z tych wyników chorzy nasi byli zadowoleni, a z nawrotem nie zgłosił się żaden.

Chciałbym jeszcze dodać kilka słów o amputacyi. Jeszcze w najnowszych czasach poważni chirurdzy (Albert, Koenig) zalecają tę operacyę wielokrotnie, a u osób starszych przenoszą ją nad resekcyę. Nie mam wcale zamiaru utrzymywać, że amputacyę powinno się zupełnie porzucić i że w pewnych przypadkach nie jest wskazaną; ale doświadczenie nasze poucza, że w bardzo wielu przypadkach można uniknąć tej kaleczącej operacyi. My uważamy amputacyę za ultimum refugium, i stosujemy ją tam, gdzie stan ogólny i miejscowy jest desperacki. Zazwyczaj wystarcza nam resekcya i dla zastarzałych przypadków, jeżeli tylko się sumiennie wycina wszystko, co jest zajęte sprawą gruźliczą. Ogółem wykonaliśmy 19 amputacyj z powodu gruźlicy stawów, a zatem 7,6% wszystkich operacyj. Ale i ta liczba byłaby mniejszą, gdyby lud nasz zgłaszał się nieco wcześniej do kliniki. Wiadomo powszechnie, że chłop nasz przychodzi dopiero wtedy do lekarza, jeżeli owczarze i baby wiejskie doprowadziły go swojem leczeniem do ostatniej nędzy.

Przechodzę do statystycznego przedstawienia operowanych przypadków.

Część statystyczna. Operowanych ogółem było 249 osób, t. j. 58,4% wszystkich przypadków:

w tem mężczyzn . .	125
i kobiet . .	124

Wykonano następujące operacye:

Amputacyj	19
Osteoplastycznych amputacyj sposobem Pirogowa	9
Resekcyj spos Wladimirow-Mikulicza .	13
Wycięcie torebki stawowej (arthrectom.)	7
Atypowych resekcyj	31
Całkowitych resekcyj	179.

Podług stawów rozdziela się materyał w następujący sposób:

I. Staw biodrowy: 30 przypadków:

mężczyzn	12	kobiet	18
uleczonych	7	uleczonych	12
z polepszeniem	2	z polepszen.	3
nieuleczony	1	nieuleczona	1
umarło	3[1])	umarło	2

II. Staw kolanowy: 75 przypadków;

mężczyzn	37	kobiet	38
uleczonych	34	uleczonych	33

[1]) Jeden umarł z powodu krwotoku z wrzodu okrągłego żołądka.

nieuleczonych	0	nieuleczonych	1
z polepszeniem	2	z polepszeniem	2
umarł	1	umarło	3

III. Staw skokowy: 84 przypadków;

mężczyzn	42	kobiet	42
uleczonych	36	uleczonych	39
z polepszeniem	6	z polepszen.	2
nieuleczonych	0	nieuleczonych	1
umarło	0	umarło	0

IV. Staw barkowy: 13 przypadków;

mężczyzn	9	kobiet	4

wszystkie uleczone.

V. Staw łokciowy: 38 przypadków;

mężczyzn	20	kobiet	18
uleczonych	20	uleczonych	16
		z polepszeniem	2

VI. Staw nadgarstkowy: 9 przypadków;

mężczyzn	5	kobiet	4

wszystkie uleczone.

Wypisano zatem jako uleczonych 218 t. j. 87·5%
umarło 9 » 4·08%

Z nawrotami po operacyi zgłosiło się 27, t. j. 12·2%, z tych 14, t. j. 5·8% poddało się powtórnej operacyi.

O dalszych losach naszych chorych nie mogłem się wiele dowiedzieć. Na mój kwestyonaryusz, rozesłany w tym celu, otrzymałem zaledwie 58 odpowiedzi. Jeżeli do tej liczby dodamy tych 27, którzy zgłosili się z nawrotami, to mamy 85 chorych, o których coś wiemy. Oczywiście, z tej liczby nie odważyłbym się wyciągnąć jakichkolwiek wniosków, wszelako niech mi wolno będzie podać wyniki mych dochodzeń, bo są dość ciekawe.

Otóż 41 chorych podaje, że są zupełnie zdrowi, 12 w międzyczasie umarło, a 5 wciąż jeszcze choruje na swoje pierwotne cierpienie.

Jeżeli teraz spojrzymy na pokaźną liczbę 426 chorych, leczonych w ciągu 12-tu lat, to wyprowadzenie uzasadnionych wniosków nie będzie zbyt trudne. Porównując statystykę chorych, leczonych zachowawczo a operacyjnie, zauważymy, że przewaga liczebna znajduje się po stronie tych ostatnich, wynosi bowiem 58·4% wobec 41·6%, leczonych zachowawczo. Najjaskrawsza jednak różnica wynika z porównania odsetków wyleczenia. Z jednej strony mamy imponującą liczbę 87·5%, podczas gdy z drugiej zaledwie 29·4% wyleczeń mogliśmy uzyskać. Natomiast liczba przypadków śmierci po operacyach jest większa, wynosi ona bowiem 4·08%, wobec 2·26%.

Ilość nawrotów po leczeniu zachowawczem wynosi 19·1%, po leczeniu operacyjnem 12·2%. Jeżeli od tej ostatniej liczby odejmiemy tych 13 przypadków, które się zgłosiły z nieznacznemi przetokami, a po krótkotrwałem leczeniu zupełnie się wygoiły, otrzymamy znikomo małą liczbę 6%.

Co do wyników zatem, operacyjne leczenie stoi znacznie wyżej niż zachowawcze, jakkolwiek to ostatnie, rozporządzające naturalnie mniej doskonałymi środkami, dało nam przy racyonalnem stósowaniu wcale niezłe wyniki. Wniosek ztąd bardzo prosty. Jedna metoda lecznicza nie wyklucza drugiej, ale przeciwnie, obie wzajemnie się uzupełniają. Ztąd spór pomiędzy zwolennikami jednej lub drugiej metody nie ma rzeczowej podstawy. Tak jeden sposób leczenia jak i drugi ma swoje osobne wskazania i każdy, zastósowany w odpowiedniej chwili, oddaje dobre usługi. Najważniejszą rzeczą jest, jak zresztą w całem lecznictwie, ścisłe i ostrożne stawianie wskazań terapeutycznych, wprawne i bystre przestrzeganie przebiegu choroby i sumienne a dokładne stósowanie wszystkich sposobów leczniczych, bez względu na chwilowo panujące prądy i upodobania.

III. **Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera.**

O wrodzonych przepuklinach mózgowych.

Napisał
Dr. M. W. Herman.

Rzadziej niż każdą inną wadę wrodzoną u oseskòw spotykamy przepukliny mózgowe (encephalocele). Trélat widział je 5 razy na 12.900 noworodków, Vines oznacza stosunek 1 : 5000, a Miller 1 : 3000. Kiedy jednak się zważy, że wiele dzieci z tem cierpieniem, wskutek innych współistniejących wad, staje się niezdolnemi do życia, a wiele ginie z przyczyn zależnych od przepukliny mózgowej, zanim otoczenie dziecka zdoła zasięgnąć porady lekarskiej, a przytem, że nie wszyscy ludzie mają w zwyczaju leczyć się i to leczyć się u lekarzy, to tę liczbę, jaką podaje bieżące piśmiennictwo, uważać należy za mały ułamek wszystkich przypadków. Że u nas cierpienie to nie należy do często widywanych, dowodzi choćby brak obszerniejszej rozprawy, poświęconej temu przedmiotowi. [1]) Z chęcią zatem niemałą i wielką wdzięcznością dla mego Szefa, Radcy Dworu Prof. Rydygiera, przezeń zachęcony i wsparty dobrą radą i wskazówkami, podjąłem się ogłoszenia tego przyczynku do statystyki przepuklin mózgowych wrodzonych, na podstawie przypadków spostrzeganych w klinice krakowskiej za czasów dyrekcyi Prof. Rydygiera. Rozprawkę tę pragnę uzupełnić i dopełnić statystyką, ogłoszoną przez Lindforsa.

Lindfors w rozprawie swej, uwzględniającej wszechświatową literaturę, zdołał zestawić 85 przypadków t. z. uleczonych przepuklin mózgowych (nie notuje tych, którzy po operacyi, wskutek niej samej, pomarli). O 20 zdołał zasięgnąć późniejszych wiadomości. Liczba niewielka, lecz pouczająca, gdyż rzeczywistą wartość danego sposobu leczenia ocenia się nie tylko z jego chwilowego wpływu na samo ciepienie, lecz głównie na późniejszy ogólny stan zdrowia. I pokazało się, że tylko 2 zostało zupełnie uzdrowionych! W dodatku oba te przypadki wątpliwe co do swej przyrody. Reszta to idyoci, do niczego niezdolni. Liczby takie zastanowić muszą, a następstwem ich powinno być pytanie, czy wogóle przepukliny mózgowe warto operować? Zanim na to pytanie odpowiedzieć zdołamy, zastanowić się musimy pokrótce nad anatomią patologiczną, etyologią, objawami i przebiegiem tego cierpienia, wtrącając słów parę o sposobach leczenia.

W podręcznikach anatomii patologicznej w rozdziałach, traktujących o potworach skutkiem niedostatecznego zamknięcia przewodu mózgowo-rdzeniowego (cranio- i rhachischisis), czytamy opisy tych zboczeń, uważanych za niższy stopień nieprawidłowości wrodzonych, znanych jako: *acrania, anencephalia, dorencephalia* i t. d. Nazwy „encephalocele“ użył poraz pierwszy Ledran w r. 1731. Nazwa dobrana szczę-

[1]) W piśmiennictwie naszem odszukałem kilka dotyczących tego przedmiotu wzmianek, do źródła jednak dotrzeć nie zdołałem, a tem samem nie mogłem ich w tej pracy zużytkować.

śliwie, bo jak w każdej przepuklinie, tak i tu istnieje brama, worek przepuklinowy i treść w nim zawarta. Treścią może być: *a)* płyn mózgowo-rdzeniowy, *b)* część mózgu, względnie móżdżku, jednolita, lub *c)* z jamą wypełnioną płynem. I zależnie od tego przyjętym jest dziś powszechnie podział na: 1) *meningocele*, 2) *cenencephalocele* i 3) *hydrencephalocele*. Postacie 1) i 2) mogą zdarzać się w kombinacyi, którą nazywają *cystencephalocele*. Przeciwko takiemu podziałowi podniosły się w ostatnich czasach poważne i przekonywujące zarzuty. Najdobitniej sformułował je Muscatello. Autor ten twierdzi, że przepukliny mózgowe nie są anatomicznie niczem innem, jak tylko hydrencephalocele. Warstwa tkanki mózgowej, która otacza jamę wypełnioną płynem, skutkiem ucisku może tak doszczętnie zaniknąć, że nawet badaniem drobnowidowem nie zdołamy jej wykazać i te przypadki określane bywają jako *meningocele*. Rozstrzygającem w takich przypadkach byłoby albo wykazanie bezpośredniej łączności między wnętrzem przepukliny a komórką mózgową, lub też wykazanie nabłonka wałeczkowatego lub sześciennego z migawkami, który powleka wyściółkę (ependyma) komórek. Natomiast *cenencephalocele* uważanem bywa przez tego i innych autorów albo za istotną *exencephalię*, sprawę zupełnie różną od obchodzącej nas tu, lub też za cofającą się, czyli leczącą *hydrencephalocele*. Mała liczba przypadków badanych dokładnie, z powodu wielorakich nastręczających się trudności i wielka liczba bałamucących teoryj powstawania tych przepuklin sprawiły, że i w tym kierunku niema jeszcze zupełnie ustalonych zdań. Przyjmując ten dawny i bardzo rozpowszechniony podział i łącząc go z rozmaitem, zdarzającem się usadowieniem tych guzów, zestawić możemy następujący szemat:

Cephalocele.

a) meningocele *b) cenencephalocele* *c) hydrencephalocele*

1) *occipitalis*	2) *sincipitalis*	3) *lateralis*	4) *sagittalis*	5) *basalis*
α) *superior*	α) *nasofrontalis*	α) *anterior*		α) *sphenopharyngea*
β) *inferior*	β) *nasoethmoidalis*	β) *posterior*		β) *sphenoorbitalis*
γ) *magna*	γ) *nasoorbitalis*			γ) *sphenomaxillaris*

Przepukliny na potylicy, występujące zawsze w linii środkowej części łuszczkowej, między punktami osyfikacyjnymi, miewają bramę przepuklinową powyżej zewnętrznej guzowatości kości potylicowej (protuberantia occipitalis externa), czyli powyżej namiotu móżdżku (tentorium cerebelli) i wtedy nazywają się wyższe *(superiores)*, lub poniżej tejże wyniosłości, t. j. niższe *(inferiores)*, albo wreszcie brama przepuklinowa bywa tak obszerną, że zajmuje całą prawie kość potylicową, łączy się z dużym otworem potylicowym, a nawet rozszczep kości schodzi jeszcze niżej, zajmuje pierwszy i kilka następnych kręgów szyjnych, lub też w odwrotnym kierunku dochodzi aż do ciemiączka małego. Te przepukliny bywają wyróżniane jako *magnae inferiores resp. superiores (Fig. 1)*.

Pod względem częstości drugie miejsce zajmują przepukliny sadowiące się u przedniego końca osi strzałkowej czaszki, *cephalocele sincipitalis*. Tu szypuła guza usadawia się w okolicy nasady nosowej, gładzinki lub w pobliżu wewnętrznych kątów oczodołów. Przepukliny te przechodzą najczęściej przez blaszkę poziomą kości sitowej i to nie przez jej środek, lecz zwykle bliżej brzegów zewnętrznych, a wydobywają się na zewnątrz albo między kośćmi czołowemi a nosowemi *(nasofrontalis)*, albo między kością sitową z jednej strony, a czołową i nosową z drugiej wchodzą do jamy



Fig. 1.

nosa, skąd między jego częścią kostną i chrzęstną dążą na zewnątrz *(nasoethmoidalis)*. W piśmiennictwie istnieje opisany jedyny przypadek Clara, gdzie taka przepuklina, skutkiem braku kości łzowej i wyrostka czołowego szczęki górnej, wrastała do jamy oczodołowej. Trzecie miejsce, przez które przechodzą przepukliny czołowe, ograniczone jest kością czołową, sitową i łzową, którędy wrasta w wewnętrzny odcinek jamy oczodołowej *(nasoorbitalis)*.

To są dwa miejsca typowe i najczęstsze, w których przepukliny wrodzone występują. Poza tem opisywano wyjątkowe i niezawsze pewne spostrzeżenia, w których guzy te usadawiały się na innych miejscach. W szeregu tym wyróżnić można trzy gromady: 1) *encephalocele lateralis* w okolicy przedniego dolnego kąta kości ciemieniowej (Billard), w prawej połowie szwu wieńcowego (Reclard), w okolicy tylnych bocznych ciemiączek (Demme); 2) *encephalocele sagittalis*, jak sama nazwa wskazuje, wzdłuż szwu strzałkowego. Obie te gromady obejmują przypadki bardzo wątpliwe co do swego pochodzenia; prawdopodobniejszem jest bowiem, że chodziło tu o t. zw. przepukliny urazowe (traumatyczne) nabyte.

O wiele pewniejsze, jakkolwiek bardzo rzadkie są: 3) *encephalocele basalis*, które przez szczelinę między trzonem kości klinowej a kością sitową wrastają do nosa lub gardła, lub nawet przez szczelinę w podniebieniu do jamy ust (*cf. Fig.* 2). Nadto Richoux opisał bardzo niepewny przypadek wrodzonej przepukliny mózgowej w okolicy górnego zewnętrznego kąta oczodołu. Rzadkie i bez szczególnego interesu dla chirurga są przypadki, w których bramę przepuklinową stanowi szczelina oczodołowa górna i guzy wrastają do oczodołu (*encephalocele sphenoorbitalis*), lub też przechodzą przez szczelinę oczodołową dolną (*e. sphenomaxillaris*).

Bergmann sądzi, że wszystkie te guzy, które opisywano jako *encephalocele*, a które nie były usadowione na potylicy lub czole (z wyjątkiem przepuklin na podstawie czaszki), były prawdopodobnie albo skórzakami (na ciemiączku dużem, na zewnętrznym brzegu oczodołu), albo też wrzeko-

nemi przepuklinami od urazu. O pomyłkę nietrudno; przyznawali się do niej i najwybitniejsi chirurdzy.

Otwór w kości, czyli brama przepuklinowa, bywa czasem tak drobny, że zaledwie sonda przezeń przechodzi; kiedy-



Fig. 2.

indziej znowu znacznych dosięga rozmiarów. Opisują przypadki, w których zajmował on całą kość potylicową. Zawsze jednak brzegi jego są gładkie, czasem wywinięte na zewnątrz.

Budowa anatomiczna makro- i mikroskopowa worka przepuklinowego i jego osłon, jak to już zaznaczyliśmy, bywa różnie opisywaną i pojmowaną. Podczas gdy w jednym przypadku spotykamy niezmienioną skórę, a pod nią dobrze wyróżnić sie dające warstwy opon mózgowych, to w innych przypadkach mamy do czynienia ze stosunkami bardzo zawiłymi. Pomijając już naczyniaki, tłuszczaki, torbiele, włókniaki i t. d., które przypadkowo i niestale rozwijać się mogą w samej skórze, lub też w tkance podskórnej ponad przepuklinami, opisywane są przypadki, w których znachodzono skórę zmienioną bądź bliznowato, bądź w taki sposób, że stawała się raczej podobną do błony śluzowej, lub też zlewała się z warstwami pod nią leżącemi w jedną włóknistą bez budowy typowej błonę. Na powierzchni wewnętrznej worka spotykano czasami wiotką tkankę zarodkową, do 2 ctm. grubą. Rozmaici rozmaicie ją opisują i określają: M a r i o n nazywa ją „lymphangioma cavernosum“, H i l d e b r a n d „glioma teleangiectodes“, S a r g e r, „zbiorem (kompleksem) drobniutkich surowiczych torbielków“ etc. Dokładne badania mikroskopowe H i l d e b r a n d a i L i n d f o r s a nie wykazały w tkance tej pierwiastków nerwowych. W obu przypadkach miała ona budowę zbliżoną do tkanki gliomatycznej. Lecz podczas gdy H i l d e b r a n d uważał ją wprost za nowotwór (glioma) w oponie twardej, to L i n d f o r s, wraz z pierwszymi badaczami w tym kierunku, M e c k e l e m i P e n a d ą, skłania się do zdania, że jest to tkanka zarodkowa, która z jakichś nieznanych powodów nie rozwinęła się w kość, lecz unaczyniona obficie pozostała w pierwotnym okresie swego rozwoju W przypadku B e r g e r a, badanym przez R a n v i e r a, warstwa ta 2 ctm. gruba, wiotka, śluzowata, bardzo dobrze unaczyniona, otaczała bezpośrednio tkankę, podobną do szarej stoty mózgu i spotykano w niej pierwiastki nerwowe, bez jakiegokolwiek systemu ułożone. Zwykle jednak (i te przypadki uważać należy za typowe) bywa tak, że zanikająca skóra styka się bezpośrednio z błoną pajęczą, gdyż okostna czaszki, kość i opona twarda nie istnieją. Błona pajęcza dość często bywa zgrubiałą. Pod nią, w przypadkach t. z. *meningocele*, spotykamy ciecz o cechach płynu mózgowo-rdzeniowego, zamkniętą w jednej lub kilku torbielach. Ciecz ta jest barwy jasno-słomkowej, c. g. 1·006—1·012, zasadowa, zawiera sól kuchenną, cukier, ślad białka, mocznik, barwiki żółciowe i t. p. Czasem zawierała krew i była lekko zmienioną, jak gdyby skutkiem spraw zapalnych.

Tkanka nerwowa, o ile w guzach tych była zawartą i badaną, okazywała budowę już to mózgu, już też móżdżku i to nietylko płaty czołowe pierwszego, a półkule drugiego, ale także szypułki mózgowe (pedunculi cerebri), ciałko czworacze, most Varola. Ta różnorodność zawisła od miejsca usadowienia się przepukliny.

Niedokładne rozpatrywanie stosunków anatomicznych i skąpe badania histologiczne, a w końcu niedostępne dla doświadczania życie śródmaciczne sprawiają, że etyologia tego cierpienia, mimo licznych, nawet bardzo licznych teoryj, jest nam prawie nieznaną. Sami przed sobą staramy się osłonić nagość naszej nieświadomości strzępami teoryj, które rzeczy nie wyjaśniając, zaciemniają ją tylko, jak to R i e d l przy innej sposobności zauważył, i opóźniają wykrycie prawdy. Obowiązani jednak jesteśmy znać to, co zostało ogłoszone.

Najstarsza, bo jeszcze z r. 1749, teorya C o r v i n u s a opiewała, że przepuklina mózgowa powstaje skutkiem miejscowego niedorozwoju kości, która będąc mało odporna w ograniczonem miejscu poddaje się naciskowi śródczaszkowemu. Teoryę tę rozwijali i szerzyli N i e m e y e r i K l e m e n t o w s k y, a ten ostatni przyjął nawet hipotetyczny *craniotabes foetalis*. Później K ü s t e r i A c k e r m a n n twierdzili, że skutkiem zbyt wczesnego zarośnięcia szwów i rozwijającego się następowo małogłowia, mimo prawidłowo rozwijającego się mózgu, ciśnienie śródczaszkowe podnosi się i to powoduje wytworzenie się przepukliny. A c k e r m a n n ograniczył tę teoryę jedynie do postaci t. zw. *cenencephalocele*. Wedle S p r i n g a początkiem *hydrencephalocele* ma być otorbiona puchlina jednego rogu komórki, która, wzmagając się, niszczy przez ucisk kość i przez otwór wydobywa się zawartość czaszki. H o u e l, zwolennik tej teoryi, rozszerzył ją do przypadków czystej *meningocele*, tłómacząc sobie rzecz tak, że wypuklony mózg może się cofnąć, a w przepuklinie nagromadza się jedynie płyn mózgowo-rdzeniowy; A c k e r m a n n zaś przyjął ten sposób powstawania jedynie dla *hydrencephalocele*, tak jak i S p r i n g. Gdyż dla *meningocele* i *cenencephalocele* przyjmuje S p r i n g inne tłómaczenie, mianowicie takie, że skutkiem pewnych spraw (zapalnych?) powstaje otorbiony wysięk pod błoną pajęczą. Torbiel tak utworzony, uciskając na kość, przeciera ją i wychodzi na zewnątrz. Powstaje *meningocele*. Do tego worka może, skutkiem podniesionego parcia śródczaszkowego, wywołanego głębokim wydechem, płaczem, krzykiem, wejść najbliżej położona część mózgu czy móżdżku i wypychając płyn w całości lub na razie w znacznej tylko części, pozostaje w nim, tworząc *cenencephalocele*, względnie *cystencephalocele*.

Na podstawie kilkorazowego spostrzeżenia blizn na skórze, osłaniającej przepuklinę, a nawet wyraźnego zrośnięcia z taśmami omoczni, stworzono teoryę usiłującą wyjaśnić, że

encephalocele powstaje skutkiem niezupełnego zamknięcia przewodu mózgowo-rdzeniowego. Teorya ta liczy wielu zwolenników (Geoffroy-Saint Hilaire, Cruveilhier, Lannelongue, Malgaigne, Richet, Leriche, Sarger i i.), a w ostatnich czasach goraco jej broni Bergmann. Wedle tej teoryi przepukliny mózgowe powstawaćby musiały w pierwszych tygodniach życia zarodka, bo już w tym okresie przewód mózgowo-rdzeniowy zamyka się zupełnie. Zwolennicy tej teoryi przytaczają na jej poparcie doświadczenie O. Hertwiga, który stale na kijankach żab i axolota, rozwijających się z jaj, przechowywanych w roztworze soli kuchennej, znachodził częściowe, a nawet zupełne, otwarcie przewodu mózgowo-rdzeniowego. Nie wiem jak komu, ale mnie teorya ta nie nazbyt przemawia do przekonania. Wszakżeż w tem cierpieniu przewód mózgowo-rdzeniowy jest naprawdę zamknięty, gdyż żadna komórka mózgowa nie łączy się bezpośrednio ze światem zewnętrznym; niezamkniętą jest częściowo tylko jedna z osłonek zewnętrznych ośrodkowego układu nerwowego, t. j. kość. Zresztą autorowie nie zastanawiają się zbyt szczegółowo nad sprawą, coby mogło powodować owo częściowe pozostawienie kilkakrotnie wspomnianego przewodu otwartym? Może nieprawidłowy skład wód płodowych (jak u kijanek O. Hertwiga), może zrosty lub fałdy wsuwające się — błon płodowych, a może jeszcze co innego.

Istnieje wreszcie jeszcze jedna teorya, nowotworowa, przyjęta już dawniej dla pewnych postaci przez Virchowa i Bergera, a obecnie rozwinięta i na wszystkie rodzaje przepuklin mózgowych przeniesiona przez Łyseńkowa. Nazwa sama wskazuje, że autorowie ci uważają przepukliny te za nowotwory wyrastające z opon mózgowych, lub samego mózgu.

Tyle teoryj, opatrzonych etykietami, na których błyszczą świetne w nauce nazwiska, że naprawdę zawahaćby się przyszło, gdyby trzeba było jednę z nich wybrać! Jedni też łączą po kilka teoryj razem, drudzy zdecydowanie oświadczają się za tą lub ową, gdy nie chcą lub nie mogą nowej, oryginalnej wynaleźć. Spróbujemy pójść za przykładem tych drugich, wpierw jednak trzeba grunt odpowiednio przygotować.

Guzy te, jakkolwiek anatomicznie dość różne, klinicznie przedstawiają jednostajne objawy tak, że bardzo często zadowolić się musimy rozpoznaniem „przepukliny mózgowej“. Ważnym szczegółem z wywiadów jest fakt, że dziecko przyniosło guz ze sobą na świat, co mogłoby być przeoczonem w wyjątkowym chyba przypadku. Raz są to wyniosłości ledwo dostrzegalne, kiedyindziej dochodzą rozmiarów główki noworodka tak, że stanowić mogą przeszkodę w przebiegu porodu, o ile w tym czasie nie pękna. Postacie czołowe (sincipitalne) wywołuja często znaczne rozszerzenie gładzinki, skutkiem czego oddalenie gałek ocznych od siebie jest większe, niż to bywa prawidłowo i wtedy szpary powiekowe ustawiają się skośnie, skierowując się wewnętrznymi kątami ku dołowi. Skóra, pokrywająca guz, jest już to prawidłowa, mało napięta, a nawet pomarszczona, już też silnie napięta, zcieńczała, z bliznami, strupkami, sinawo przeświecająca, a czasami tak bardzo zmieniona, że przypomina raczej błonę śluzową. Jeżeli treścią guza jest płyn, stwierdzić to możemy przez przeświecanie. W dotyku zazwyczaj miękie, mogą okazywać utkanie niejednostajne, jeżeli w guzie mało napiętym, obok płynu, znachodzą się części tkanki mózgowej, które wyczuwa się osobno, jako części twardsze. Przy obmacywaniu więcej lub mniej chełboczą, a często i tętnia. W dogodnych warunkach wyczuć można brzeg otworu kostnego, gładki, czasem o obrysach niejednostajnych, czasem wywinięty na zewnątrz. Przy mocniejszym ucisku guzy te mogą się pomniejszać, a wtedy zdarza się, że występuja objawy ucisku mózgu i to tem łatwiej i częściej, im gwałtowniej i szybciej owe odprowadzenie usiłować będziemy. Wtedy dziecię zwraca gałki oczne ku górze, mięśnie kończyn i tułowia wiotczeją, w końcu występują drgawki i wymioty. Napięcie guza niezawsze jest jednostajne: mniejsze, gdy dziecię śpi lub spokojnie oddycha, większe, gdy krzyczy, płacze, głęboko oddycha, wogóle wtedy, gdy skutkiem podniesionego parcia w klatce piersiowej odpływ krwi od głowy jest upośledzony. Gdy wszystkie te objawy nie wystarczają do rozpoznania, uciec się można bezpośrednio przed ewentualną operacyą do nakłócia próbnego, zachowując jak najdokładniejszą aseptykę, bo takie nakłócie nieraz już było przyczyną zejścia śmiertelnego, skutkiem ropnego zapalenia opon mózgowych.

Pomocniczym czynnikiem rozpoznawczym mogłyby być także promienie Röntgena. Na skiagramie udałoby się może wykazać otwór w kości, którego obecność, jeżeliby nie rozstrzygała rozpoznania, to w każdym razie nakazywałaby ostrożne postępowanie w czasie operacyi.

Przepukliny te z zasady występują pojedynczo. Znane są jednak przypadki, w których istniało ich parę (Lindforsa spostrzeżenie dwóch przepuklin w okolicy obu wewnętrznych kątów oczodołu; analogiczne przypadki widzieli: Otto, Küster, Lyon, Wołkowicz; w przypadku Leupolda obok dużej *meningocele occipitalis,* istniały dwie inne przepukliny, obie *cenencephalocele*; Martin opisał przypadek, w którym dwie przepukliny mózgowe usadowiły się symetrycznie po obu stronach szwu strzałkowego; i wreszcie nasz przypadek VIII p. tabl.).

U płodów i noworodków, dotkniętych przepuklinami mózgowemi, spotyka się dość często i inne zmiany. Do najczęstszych należy wodogłowie, potem małogłowie, *porencephalia* i t. p. zmiany mózgu, dalej szczeliny w twarzy i podniebieniu, wręby na wargach, przepukliny sznura pępkowego, daleko posunięte wady rozwojowe narządu moczo-płciowego i kończyn.

Te liczne i wielorakie objawy wystarczają w przeważnej liczbie przypadków do dokładnego i pewnego rozpoznania przepukliny mózgowej, a w wielu razach pozwalają nawet zorjentować się co do budowy anatomicznej. Doświadczenie poucza, że *meningocele* i *hydrencephalocele* występują przeważnie na potylicy, podczas gdy *cenencephalocele* wydarza się najczęściej w okolicy czołowej. Duże przepukliny, to wszystko prawie wyłącznie *hydrencephalocele* i *meningocele*, które to postacie szybko powiększają się w przeciwieństwie do *cenencephalocele*, nieznacznie tylko powiększającej swe rozmiary. *Meningocele* i *hydrencephalocele* przeświecają; *cenencephalocele* tego objawu nie posiada, ale zato tętni, co znów wyjątkowo tylko spostrzega się w obu postaciach poprzednich. Objawy ucisku mózgowego najłatwiej i najczęściej powstają przy usiłowanem odprowadzaniu *hydrencephalocele.*

W trudnych przypadkach pamiętać należy, że i inne guzy na głowie przypominają niekiedy przepukliny mózgowe wrodzone. Torbiele skórzaste, kaszaki, torbiele surowicze i krwawe, (ostatnie pozostają w związku z zatoką sierpowatą

górną), ropnie gruźlicze, włókniaki, chłoniaki, rzekome przepukliny mózgowe od urazu, do złudzenia mogą naśladować przepukliny wrodzone i często brano jedne za drugie. Przepukliny, wychodzące przez podstawę czaszki, uważano za polipy nosowe, włókniaki pozaszczękowe i t. p. Nie sposób przytaczać wszystkich cech różniczkowych. Pamiętając jednak o możliwości omyłki w każdym trudnym przypadku guza na czaszce u dzieci, postępować trzeba ostrożnie, a zbytkiem ostrożności nie przyniesiemy szkody ani choremu, ani sobie.

Dotknięte tem cierpieniem dzieci rzadko dochodzą wieku dojrzałego. Często inne zmiany w mózgu lub też wady wrodzone innych narządów, uniemożliwiają noworodkowi życie. Sama zaś przepuklina mózgowa może spowodować zejście śmiertelne przez to, że skóra na szczycie wrzodzieje, worek przepuklinowy skutkiem parcia wewnętrznego pęka, a następstwem takiego bezpośredniego połączenia świata zewnętrznego z wnętrzem czaszki jest ropne zapalenie opon. W ogóle ustrój takiego dziecka, mniej przygotowany do walki ze szkodliwościami zewnętrznemi, łatwo ulega rozmaitym chorobom. Jakkolwiek się dzieje, wyjątkowo tylko spotykamy odchowane jednostki, tą wadą dotknięte, bez względu na to, czy była leczoną, czy nie. Przeważna część dzieci, gdyż około 60%, z przepuklinami mózgowemi, umiera już w pierwszych miesiącach życia; z pozostałych znaczna część nie o wiele później, a tylko jednostki przechodzą poza pierwsze dziesiątki lat życia w zupełnem zdrowiu. W zestawieniu Lindforsa znajdujemy 10 spostrzeżeń operowanych przepuklin mózgowych u chorych, liczących więcej niż 10 lat, a do tego pocztu dołączyć możemy spostrzeżenie 11-te Rydygiera (p. tabl. Nr. 3). Dziwnem jednak jest to, że przeważna część tych właśnie spostrzeżeń pochodzi z epoki przedantyseptycznej i że przepukliny te, z małymi wyjątkami, znajdowały się w miejscach zgoła dla nich nie typowych. Znajdujemy, że 1) chory Helda (1777) liczył lat 20 i miał *meningoencephalocele* na lewo od ciemiączka dużego; 2) Sollyego (1851) — 29 lat — *hydrencephalocele occipitalis;* 3) Szymanowskyego (1865) — 19 l. — *meningocele* na zewnętrznym brzegu oczodołu; 4) Duplaya (1866) — 22 l. — *encephalocele* na wewnętrznym brzegu oczodołu; 5) Holmesa (1868) — 20 l. — *encephalocele* na wewnętrznym brzegu oczodołu; 6) Rizzoliego (1872) — 17 l. — *meningocele* na wewnętrznym brzegu oczodołu; 7) Tillaux (1891) — 12 l. — *meningocele* na wewnętrznym brzegu oczodołu; 8) Povella (1893) — 22 l. — *meningoencephalocele* na lewej okolicy skroniowej; 9) Fengera (1895) — dorosły — *cephalocele basalis*; 10) Wołkowicza (1895) — 18 l. — *encephalocele* u podstawy nosa; 11) Rydygiera (1892) — 14 l. — *encephalocele* na gładzince nosa. Śmiem twierdzić, że w kilku przypadkach rozpoznanie nie było zgodnem z prawdą. W przypadku trzecim chodziło prawdopodobnie o torbiel skórzastą, w przypadku pierwszym i ósmym o *meningocele spuria traumatica.* Pewne wątpliwości nasuwają się przy przypadku drugim i szóstym; doświadczenie bowiem poucza, że te właśnie postacie przepuklin mózgowych mają szybki i zły przebieg, a spostrzeżenie dziewiąte, to byłby tak biały kruk, że aż się w nie wierzyć nie chce. Zaledwie pięć z tych jedenastu przypadków wytrzymuje ścisłą krytykę.

Istnieje jeszcze inna postać zejścia tych przepuklin. Niektórzy autorowie sądzą, między innymi Sklifosowski, że taka przepuklina mózgowa może z czasem utracić swój związek z jamą czaszki. Otwór w kości zostaje zamknięty już to kością, już też tylko okostną i błonami mózgowemi, a przepuklina, odcięta, zanika zupełnie, lub też z czasem z powstałych resztek rozwinąć się mogą inne nowotwory, jak np. w przypadkach Sklifosowskiego. W jednym rozwinął się na gładzince duży włókniak, pod nim w kości był otwór zamknięty przez okostną i błonę twardą, a prawa komórka mózgowa znacznie rozszerzona, przednim swym rogiem sięgała tuż pod oponę. W drugim zaś przypadku, gdzie rozpoznano: *tumor faciei innatus*; *cheilognathoshisis*; *fibroma lipomatodes alae nasi et fossae caninae,* w wyciętej tkance znaleziono tkankę neurogliomatyczną, która, jak sądzi autor, znikąd inąd, jak tylko z jamy czaszki pochodzić mogła, z którą guz ten kiedyś był w połączeniu.

Bez względu na możliwe zejście choroby rodzice żądają od lekarza, aby wyleczył im chore dziecię. Rozmaicie zabierano się do tego. Najłagodniejszem jest odprowadzenie przepukliny, które, o ile się nie mylę, jedynie i jedyny raz zastosował Tillaux z dobrym wynikiem, w powyżej wspomnianym przypadku. Chorego 12-letniego zachloroformowano, guz, naciśnięty, wszedł do jamy czaszkowej, a później, pod ciągłym uciskiem, nastąpiło zupełne wyleczenie. Sposób bardzo niewinny, bardzo łatwy do przeprowadzenia i nic temu nie stoi na zawadzie, aby go po uśpieniu, zanim rozpocznie się operacya, nie spróbować. Ucisk ciągły na przepuklinę częściowo tylko odprowadzoną stósowano w wielu przypadkach i autorowie zapewniają, że czasami z wynikiem dobrym (przynajmniej do czasu). Ucisk wywierać można różnymi opatrunkami, płytkami z ołowiu, przylepcem i t. p. Nie trzeba jednak sądzić, że sposób ten jest zupełnie niewinny. Przeciwnie, pod uciskiem napięta i ścieńczała skóra uledz może owrzodzeniu i przetarciu, a wtenczas otworem staje droga do opon mózgowych dla przyrzutów ropnych.

Powolnie działa także odgniatacz (ecraseur) Rizzoliego. Kleszczyki, zaciśnięte mocno na szypułę guza, powodują obumarcie części obwodowej. Zdaje się jednak, że odgniatacz zimny stracił już zupełnie kredyt w chirurgii i nikt go już tu stósować nie zechce. Notują trzy przypadki wyleczone tym sposobem.

Nakłócie guza i wypuszczenie płynu, z następowym uciskiem lub nastrzykiwaniem płynu Lugola, okazało się w praktyce nieproporcyonalnie groźnem dla życia operowanych i dziś użyje go chyba chirurg, bardziej bojący się noża, niż sam chory. Pod osłoną aseptyki, choćby nie tej modnej, w rękawiczkach, czapce i z przepaską na ustach, ale tej zwyczajnej, byle bardzo sumiennej i konsekwentnie w najmniejszym szczególe przestrzeganej, nie będziemy się bawić w owe wyżej wyliczone półśrodki i półśrodeczki, lecz śmiało guz i bramę jego odsłonimy i, z całą świadomością środków i celu, do rzeczy przystępować będziemy. Operacye duże i krwawe, w porównaniu z poprzedniemi bynajmniej nie groźniejsze co do bezpośrednich niebezpieczeństw, mogą pewniej do zamierzonego celu doprowadzić, niż inne. Mamy do wyboru 3 typy: 1) podwiązanie szypuły, odcięcie guza powyżej podwiązki i zaszycie skóry ponad kikutem; 2) wycięcie ze skóry ponad guzem wzdłuż jego osi prostopadłej eliptycznego płatka, potem oddzielenie skóry od całej powierzchni przepukliny, wycięcie osłonek wewnętrznych o tyle, aby je można następnie zespoić ponad otworem w kości,

a ponad tem wszystkiem zaszyć w końcu skórę; 3) w ostatnich czasach Wołkowicz, Łyseńkow, Sklifosowski zaproponowali metodę osteoplatyczną, która w wykonaniu przedstawia się, jak sposób pod 2) opisany, z tym jednak ważnym, bo zasadniczym, dodatkiem, że otwór w kości (t. j. bramę przepuklinową) zamyka się blaszką kostną oddlutowaną z sąsiedztwa. I ta metoda zdaje się być najlepszą i najbardziej chirurgiczną, gdyż uwzględnia bramę przepuklinową, czego żadna z poprzednich nie czyni, a w tej bramie, ze stanowiska leczniczego (gdyby nawet chwilowego), leży jądro rzeczy. Płatek taki jest wytworzony z okostnej i blaszki zewnętrznej kości czaszkowych, a mostek okostnowy w sąsiedztwie bramy przepuklinowej czuwa nad odżywieniem. Po okrojeniu i oddzieleniu go od podstawy odłamuje się płat tak, aby swą powierzchnią okostnową zwrócony był do jamy czaszki. W celu ułatwienia sobie operacyi potrzeba dodać odpowiednie cięcie skórne, np. przy przepuklinach czołowych równoległe do górnego brzegu nadoczodołowego i sięgające aż do linii łukowej skroni *(por Fig. 3 i 4)*. U dzieci starszych, więc parę lat liczących, można wytworzyć tę blaszkę kostną z kości tuż ponad bramą przepukliną tak, że każde cięcie dodatkowe byłoby zbytecznem; w tym bowiem dopiero wieku, jak zapewnia Łyseńkow, a za nim inni, śródkoście czaszki jest dostatecznie grube. Z własnego jednak doświadczenia dodać mogę, że udaje się to u dzieci nierównie młodszych. Dzieciak u nas operowany *(p. na tabl. Nr. 7)* liczył zaledwie 8 miesięcy, a już łatwo udało się wykroić z kości czołowych tuż nad przepukliną potrzebny płat okostnowo-kostny.

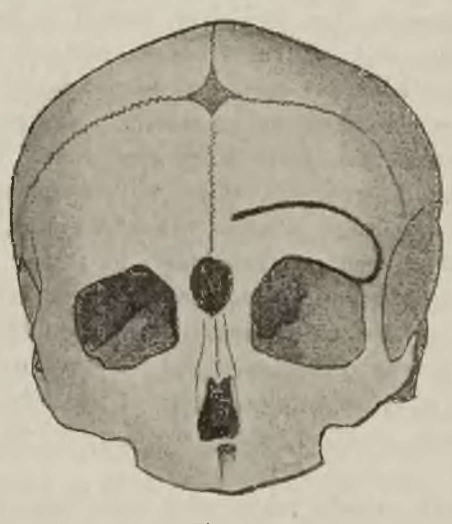


Fig. 3.



Fig. 4.

Nie wiem, czy ten sposób osteoplastyczny da się zastosować i do przepuklin potylicowych. Sam Łyseńkow, a za nim Bergmann, sądzą, że nie; z cienkiej bowiem kości, zaledwie na 1 mm. grubej, trudno potrzebną blaszkę wykroić. Dotychczas nikt go też w tych szczególnych przypadkach w praktyce nie stosował, więc sąd wszelki byłby przedwczesny. Możeby w tych przypadkach użyć można było z korzyścią płytek celuloidynowych, zalecanych od dawna przez Al. Fränkla. Płytki takie, dokładnie wyjałowione, wśród tych warunków, gdzie mamy ranę zupełnie czystą, mogą znaleźć zupełnie korzystne warunki do wgojenia się i umocowanie ich może być pewnem. Można je bowiem podsunąć po odsunięciu opony włóknistej pod brzeg bramy przepuklinowej. A umocowanie blaszki w tym osteoplastycznym sposobie jest rzeczą — o ile ważną, o tyle trudną. Nie wiem, jakimi szwami przymocowuje ją Łyseńkow. Że katgutowy nie wystarcza, przekonaliśmy się na naszym chorym (Nr. 7), u którego już w kilkanaście dni po operacyi blaszka wolno w płynie bujała; katgut bowiem uległ wessaniu, zanim blaszka dostatecznie wgoić się zdołała i nie mogła oprzeć się ciśnieniu śródczaszkowemu. Trzebaby zatem szyć szwami bardziej opornymi, więc n. p. jedwabiem lub drutem srebrnym. Doświadczenie i przekonanie pokieruje w wyborze; sam głosowałbym za drutem srebrnym, zbyt bowiem często widuję ropienie około szwów jedwabnych. Wszelkiego szycia uniknąćby można, podsuwając blaszkę pod brzeg kostny bramy przepuklinowej, jak to w swoim przypadku uczynił Neugebauer i o to w każdym przypadku starać się należy. Ostatnio wymieniony autor wprowadził nadto tę modyfikacyę, że do zamknięcia bramy przepuklinowej używa typowego płatu Königa z czoła, tj. płatu skórno-okostnowo-kostnego z szypułą nad wewnętrznym kątem oczodołu. Modyfikacya ta nie wydaje mi się szczęśliwą, bo naprawdę niepotrzebnie stwarza się ubytek skóry na czole, który choćby w części tylko zagoić się musi przez bliznę, promienistą i z podstawą zrośniętą, a ta przecież nie zdobi. Wedle metody Łyseńkowa operowano dotychczas 8 razy, (Łyseńkow, Bobrow, Wołkowicz, Kozłowski, Rydygier, Neugebauer, Sariczew, Djakow); z tych jeden umarł skutkiem operacyi, reszta wygoiła się. Znane są dzieje późniejsze dwóch pacyentów, t. j. naszego i Neugebauera. Nasz pacyent (Nr. 7), fizycznie i duchowo dobrze rozwijający się, ma napowrót guz na czole i sądzę, że wynik byłby zupełny, gdybyśmy mogli byli dokładnie ustalić blaszkę zamykającą otwór w czaszce, lub, jak to Neugebauer w swoim przypadku *(p. tabl. Nr. 10)* następowo uczynił, wstrzymali się z doszczętną operacyą aż do ukończenia rozrostu mózgu.

Ze wszystkich zatem zalecanych sposobów przeciw przepuklinom mózgowym, wydaje mi się najlepszą metoda osteoplatyczna Łyseńkowa, a tylko w ostateczności, a więc tam, gdzie kości są bardzo cienkie, lub gdzie brama przepuklinowa jest bardzo duża, trzebaby spróbować sposobu heteroplastycznego zamknięcia bramy, a zatem albo płytek celuloidynowych (Al. Fränkel), albo wypalonej kości zwierzęcej.

Przepukliny, wychodzące przez podstawę czaszki, wyjątkowo tylko mogą być leczone chirurgicznie. W literaturze zapisano dwa odpowiednie przypadki wyleczone (Fenger u dorosłego i E. v. Meyer u 3-dniowego oseska); w obu jednak przed operacyą rozpoznawano co innego, mianowicie polipa nosowego. Oba też wyrywali guzy przez nos. Fenger jednak, spostrzegłszy z czem ma do czynienia, wypiłował tymczasowo szczękę górną, aby łatwiej dostać się do szypuły. I ta droga w analogicznych przypadkach wydaje się być najodpowiedniejszą.

Tkankę mózgową, jaką w przepuklinie znajdziemy, starać się należy odprowadzić do jamy czaszki, a dopiero gdy się to nie udaje, podwiązać i odciąć. Zabieg ten nie zagraża bezpośrednio życiu, a nawet nie musi koniecznie wywołać zaburzenia w czynności mózgu; wiemy dziś bowiem napewno, że ośrodki nerwowe mogą zastępczo działać za siebie. W każdym jednak razie konieczność odcięcia znaczniejszych części mózgu lub móżdżku pogarsza rokowanie co do późniejszego zejścia.

Na pytanie, kiedy można operować, odpowiedź brzmi krótko: już w parę godzin po urodzeniu, a tem bardziej później. Nie tak jednak łatwo uporać się można z drugiem pytaniem: kiedy trzeba i kiedy warto operować? Lindfors w kilkakroć już wspomnianym opisie podaje, że z 85 cho-



Fig. 5.

rych z przepuklinami mózgowemi, wygojonych po operacyi, o 20 zdołał zasięgnąć języka w pewien czas po wygojeniu i dowiedział się, że 4 zmarło niedługo po operacyi z powodów przypadkowych, u 9 wystąpiło wyraźne wodogłowie, u 5 stan zdrowia budzi bardzo poważne wątpliwości co do ich inteligencyi i pozwala stanowczo twierdzić, że nigdy pożytecznymi członkami społeczeństwa nie będą. Dwoje zaledwo żyło (jeden w 20 m. ż. po operacyi *meningoencephalocele occipitalis*, drugi 22-letni po operacyi przepukliny lewej okolicy skroniowej) i stan ogólny ich zdrowia był zupełnie zadawalniający. Odtrąciwszy drugi przypadek, jako bardzo wątpliwy co do rozpoznania, pozostaje zaledwie 5% uleczenia zupełnego u tych, którzy operacyę przetrzymali. Jeszcze gorsze wyniki podaje C. Bolle. Zestawia on z literatury 4 przypadki operowanych przepuklin na potylicy, do których dodaje 5-ty, tyle bowiem tylko zdołał odszukać takich, którzyby dłużej niż rok żyli po operacyi i znalazł u 4 wodogłowie wysokiego stopnia, a u 5-ego małogłowie z idyotyzmem. We wszystkich tych przypadkach musiano podczas operacyi oddzielić większą lub mniejszą część mózgu, więc też usprawiedliwionem jest jego zdanie, ażeby zaniechać wszelkich zabiegów operacyjnych tam, gdzie spodziewać się należy, że podczas operacyi trzeba będzie usunąć część mózgu. Nie o wiele korzystniejsze wnioski wyciąga C. Bayer ze swej własnej statystyki, gdyż u niego na 8 dzieci ope-



Fig. 6.

rowanych, 3 umarło skutkiem zapalenia opon po operacyi, 2 później z powodu wodogłowia, los 1-go nieznany, dwoje żyje zdrowych (*encephalocele occipitalis* operowany w 9 m. ż. i *meningocele occipitalis* w $1^1/_2$ lat). Nauczony tem doświadczeniem, operuje tylko te dzieci z przepuklinami mózgowemi, które 1) nie okazują objawów wodogłowia, 2) nie mają wcale porażeń i 3) gdy dokładne badanie stosunków miejscowych każe domyślać się, że w worku przepuklinowym nie znajdują się większe części mózgu lub móżdżku, a zwłaszcza zdegenerowane.

Rozpatrzmyż teraz tablicę naszą, obejmującą te przypadki, które nie zostały objęte dokładnem i zupełnem zestawieniem Lindforsa. Odsetek śmiertelności, obliczony nie na podstawie powyższej tablicy, lecz średnio wzięty z pojedynczych zupełnych statystyk[1]) waha się około 30%. Reszta przetrzymuje operacyę, lecz z tego zaledwie 2—5% żyje zupełnie zdrowo, podczas gdy pozostałych 65% ginie z powodu wodogłowia. Liczby te wiele mówią i można je sobie odpowiednio tłómaczyć. Nie wdając się w długie wywody teoretyczne, ośmielam się na podstawie tego, co przemyślałem, pisząc tę pracę, wysnuć następujące wnioski.

1) Najprawdopodobniejszą przyczyną powstawania przepuklin mózgowych jest wrodzone wodogłowie wewnętrzne, jak to swego czasu głosił Spring i to w tem znaczeniu, że przepukliny te nie są samoistnem *sui generis* cierpieniem, lecz tylko objawem wodogłowia. Nie znane nam etyologicznie wodogłowie, które zajmować może nietylko pojedyncze komórki, ale nawet osobne ich rogi, rozszerza je, a rozszerzone, uciskając na kości czaszki, przedziurawiają ją; część mózgu rozdęta jamą wewnętrzną występując na zewnątrz, poza obręb czaszki, powoduje objaw, rozróżniany

[1]) Przeważnie Bergmanna, Bayera i naszej.

L. p.	Operował	Chorego nazwisko, wiek i płeć	Stan obecny	Leczenie	Zejście i uwagi
1	Rydygier 19 czerwca 1888.	Seb. Jar. 6 m. m.	U podstawy nosa guz wielkości jaja gołębiego, przedzielony bruzdą poziomą na część górną, pokrytą skórą niezmienioną, i dolną, nad którą skóra jest wyraźnie zcieńczałą i sinawo przeświecającą. Ubytku w kości wymacać nie można. Kość potylicowa znacznie przypłaszczona. Zresztą objawy typowe.	Cięcie skórne wrzecionowate. Po nacięciu warstw podskórnych wylała się mierna ilość płynu jasnego, która oblewała wpuklający się przez otwór w kości, mózg. Tkankę mózgową łatwo odprowadzono do czaszki, ponad otworem w kości zaszyto odpowiednio przycięte błony mózgowe. Szew na skórę. Rozp. anatom.: *Encphaloceystomeningocele.*	23 czerwca śmierć wśród objawów ropnego zapalenia opon mózgowych. W protokóle sekcyjnym zanotowano: *Leptomeningitis suppurativa diffusa ad convexitates et basim cranii.* W kościach czołowych ubytek wielkości 20-centówki, o brzegach gładkich, odgraniczony od dołu przez kość sitową, z boku łuk oczodołowy, z góry kość czołowa. W otworze tym znajduje się przegrodę łączno-tkankową, idącą prostopadle od góry do dołu, ściśle złączoną z raną operacyjną i z oponą twardą, a do jej ściany wewnętrznej poprzylepiane są zwoje czołowe przodkowe przez wypocinę ropną. Mózg przypłaszczony. Komórki mózgowe miernie rozszerzone. Sklepienie czaszki okazuje niejednostajne kostnienie, w niektórych miejscach jest zaledwie grubości papieru.
2	Tenże 6 czerwca 1888.	Magd. Stb. 2 m. ż.		Jak poprzednio. Rozp. anat.: *Encephalocele.*	Umarła 7 czerwca.
3	Tenże 16 maja 1892.	Reg. Grl. 14 l. ż.	Porównaj Fig. 5.	Jak poprzednio. Rozp. anatom.: *Encephalocele.*	Wypisana z kliniki d. 28 lipca 1892. Dnia 9 grudnia 1898 doniosła, że jest zupełnie zdrową i wcale guza na czole nie ma.
4	Tenże 16 stycznia 1893.	Jan Kml. 4 l. m.	Na gładzince guz wielkości orzecha włoskiego. Skóra nad nim niezmieniona. Nie tętni i nie chełbocze. Przy długotrwającym ucisku znacznie się zmniejsza. U podstawy wymacać można wywinięty brzeg otworu kostnego.	Skórę nacięto prostopadle i odpreparowano; przecięto następnie opony mózgowe, wypuszczono płyn mózgowo-rdzeniowy, poczem odcięto nadmiar opon, zaszyto je, z brzegów otworu w kości oddłutowano dwie blaszki kostne, przesunięto je ponad otwór i nad niemi zaszyto skórę. Rozp. anatom.: *Meningocele*	Dnia 3 lutego 1893 r. wypisano dziecko z kliniki, jako uleczone. Po sześciu jednak latach, t. j. w grudniu 1898 r., doniosła nam matka, że chłopak po wyjściu z kliniki „bardzo błądził“, potem zdawał się być nieco zdrowszym, ale „na głowę jest zawsze słaby, ma bardzo słabą pamięć do nauki, trzeci rok chodzi do pierwszej klasy i jeszcze nic nie umie“.
5	Tenże 31 stycznia 1895.	M. Bk. 1. m. ż.	Na lewo od podstawy nosa guz wielkości wiśni, skóra na szczycie zaczerwieniona, strupkiem pokryta. Guz chełbocze, napina się podczas krzyku i płaczu. U podstawy wymacać można brzeg kostny.	Najpierw skórę, potem opony, wycięto wrzecionowato, wypuszczono płyn i założono gęsto szwy katgutowe, najpierw na opony, potem na skórę. Rozp. anat.: *Meningocele.*	Dnia 13 lutego 1895 wypisano dziecię z kliniki z raną wygojoną przez rychłozrost.
6	Tenże 26 marca 1895.	Krl. Grzes. 1. m. ż.	Na gładzince guz wielkości śliwki. Zresztą objawy typowe dla *meningocele.*	Operowany w taki sam sposób, jak poprzedni. Rozp. anat.: *Meningocele.*	Wypisany z kliniki d. 8 kwietnia 1895, z raną zupełnie wygojoną.
7	Tenże 21 października 1895.	Mch. Sks. 8 m. m.	Tuż ponad nasadą nosa guz wielkości śliwki, o rozmiarach 5×3 ctm. Chełbocze, uciśnięty, zmniejsza się. W dolnym obwodzie twardszy, na nim guzek wtórorzędny, twardy. U podstawy wymacać można otwór w kości, wielkości 10-io helerówki.	Po nacięciu i oddzieleniu skóry, nacięto guz, wypuszczono małą ilość płynu, warstwy podskórne (opony?) zeszyto, z kości czołowej oddłutowano blaszkę 3 ctm. długą, 1 ctm. szeroką, ze szypułą u dołu, ponad obwodem otworu w kości, odcięto ją ku dołowi i w tem położeniu ustalono, zawiązując ponad nią końce szwu (katgutowego) na oponach, w końcu zeszyto skórę. Rozp. anat.: *Hydr. encephalocele.*	W czternastu dniach rana zagoiła się wprawdzie zupełnie, ale już wtedy zanotowano, że w pierwotnem miejscu wytworzył się guzek mniejszy, niż przed operacyą, tętniący i chełboczący, a tuż pod skórą uczuwało się blaszkę kostną, wolno w guzie się poruszającą. Założono zatem na głowę przyrząd z pelotą, osadzoną na sprężynie, która stale miała na guz uciskać. — W trzy lata po operacyi (5 grudnia 1898 r.) dowiedzieliśmy się, że dziecko jest zupełnie zdrowe, jakkolwiek na gładzince utrzymuje się stale guz wielkości jednego helera, — a zatem mniejszy, niż przed operacyą.

L. p.	Operował	Chorego nazwisko, wiek i płeć	Stan obecny	Leczenie	Zejście i uwagi
8	*Observatio*	W. Mlk. 7 m. m.	Fig. 6-ta oddaje wejrzenie zewnętrzne i usadowienie guza. Zbitość elastyczna, ślad chełbotania, skóra nad nim zcieńczała, miejscami sinawo przeświecająca. Pod uciskiem zmniejsza się nieznacznie, bez wywołania objawów ucisku mózgu. Strzykawką Pravatza wydobyto płyn wodo-jasny, gęstawy, ze śladem białka. Guzek, który bezpośrednio po nakłóciu nieco się zmniejszył, wnet wypełnił się napowrót. Bezpośrednio po urodzeniu się dziecka matka zauważyła po prawej stronie noska guzek wielkości orzecha laskowego, po lewej zaś tylko mało wypuklenie.	Najprawdopodobniejsze rozpoznanie: *Meningocele nasoethmoidalis duplex.*	Na leczenie operacyjne nie zgodzono się; — dziecko żyło jeszcze dwa lata, guz nie powiększał się, a umarło skutkiem płonicy. Zaznaczyć należy jeszcze i ten szczegół, że, jak zapewnia ojciec, guz po śmierci tak bardzo się zmniejszył, że go prawie widać nie było.
9	Kramer *(Ctrbl. f. Chir. 1898 str. 1169).*	X. 6 m. m.	Guz wielkości głowy noworodka na potylicy.	Wycięcie i zeszycie katgutem. Rozp. anat.: *Meningocele.*	Po 7 latach okazywał prawidłowy rozwój pod względem fizycznym i duchowym.
10	Fr. Neugebauer *(Ctrbl. f. Chir. 1898 str. 1203).*	Y. 1 r. m.	U podstawy nosa guz chełboczący, tętniący, łatwo dający się odprowadzić do jamy czaszki.	Po otwarciu guza i stwierdzeniu rozmiarów otworu w kości, który kształtem i wielkością odpowiadał wielkości ziarnka fasoli, oddłutowano z czoła płat skórno-okostnowo-kostny ze szypułą nad wewnętrznym brzegiem oczodołu. Ułożenie płatu ustalono, podsuwając blaszkę kostną pod brzegi otworu kostnego. W końcu szew skórny. Rozp. anatom.: *Encephalocystomeningocele.*	Rana zagoiła się przez rychłozrost, a po dwóch latach mógł N. stwierdzić u chłopaka, w każdym kierunku prawidłowo się rozwijającego, w pierwotnem miejscu guz, o zbitości kostnej, który powstał skutkiem wydęcia przeszczepionej blaszki.
11	W. D. Spauton (ref. w *Deutiche med. Wchschr. Therapeut. Beil. str. 23. 1898* z *Brit. medic. Journal 9 Octobr. 1897.*	Z. 3 tyg. (?)	Guz wielkości pomarańczy. Gdzie?	*Excisio.* Rozp.: *Meningocele.*	Wyleczenie.
12	W. D. Spauton *ibidem.*	Z 3 m. (?)	t. s.	*Excisio.* Rozp.: *Meningocele.*	Wyleczenie.
13	E. v. Bergmann *(Die chirurg. Behandlung d. Hirnkrankheiten, III Afl. 1899.*	B. 11 d. ż.	Guz wielkości jaja kurzego w środku potylicy.	Okłócie i podwiązanie szypuły, odcięcie guza. Rozp anat.: *Meningocele.*	Wyleczony w 12 dniach, 18 stycznia 1888 r.
14	Tenże *ibidem.*	D. H. 2 d. ż.	Guz uszypułowany wielkości jaja gęsiego poniżej tylnego ciemiączka.	Po odsłonięciu szypuły, podwiązanie jej i odcięcie. Rozp. anat.: *Encephalocystocele.*	Wyleczony w 16 dniach, 7 lutego 1891 r.
15	Tenże *ibidem.*	E. K. $1^1/_2$ r. m.	Guz wielkości jaja gołębiego w okolicy ciemiączka małego, na szypule $1^1/_2$ cm. szerokiej.	Jak wyżej. Rozp. anatom.: *Meningocele.*	Wyleczony w 6 dniach, 6 lipca 1892 r.

L. p.	Operował	Chorego nazwisko, wiek i płeć	Stan obecny	Leczenie	Zejście i uwagi
16	Tenże *ibidem.*	W. F. 4 t. m.	Guz wielkości jaja kurzego na szypule, 1 ctm. poniżej małego ciemiączka.	Jak wyżej. Rozp. anatom.: *Encephalocystocele.*	Wyleczony w 28 dniach, 12 lutego 1894 r.
17	Tenże *ibidem.*	F. M. 4 m. ż.	Guz wielkości orzecha włoskiego na 2 palce poniżej małego ciemienia. Wilcza paszcza.	Jak wyżej. Rozp. anatom.: *Encephalocystocele.*	Wyleczony w 18 dniach, 10 lutego 1894 r.
18	Kluczenko *(Przegl. lekarski 1871. str. 379).*	X. $4^1/_2$ m. (?)	Na nasadzie nosa guzek wielkości orzecha laskowego, o powierzchni nierównej, pomarszczonej; u podstawy wymacać można brzegi otworu kostnego. Guz chełbocze i tętni, uciśnięty, nie wywołuje objawów ucisku mózgu. Zresztą dziecko zupełnie prawidłowo rozwinięte. Rozp.: *Meningocele.*	Nie leczono.	Po pół roku stwierdzono, że guz wcale się nie zmienił.
19	Talko *(Pam. Tow. lek warsz. r. 1869 str. 408.*	X. (?) (?)	*Encephalocele nasofrontalis.*	Nie leczono.	„Dwa przekłócia próbne, zrobione dla objaśnienia przyrody guza, pozostały bez żadnych złych skutków. Wiele później (?) dziecko, zachorowawszy na zapalenie płuc, umarło i dopiero sekcya prawdziwą przyrodę guza wykazała“.
20	Winter (opisał C. Bolle. *Die Enderfolge der Radikaloperation der Encephalocele Inaug. Dissert. Berlin 1898).* Przyp. częściowo opisany u Lindforsa na tabl. Nr. 53.	R. Vtrm. 4 d. m.	Tuż pod ciemieniem małem guz wielkości głowy noworodka. Małogłowie.	Po odsłonięciu szypuły podwiązano ją, guz odcięto i nad kikutem zeszyto skórę. W guzie mózg i móżdżek obok płynu. Tkanka nerwowa tworzy guz wielkości jabłka.	Dziecko po operacyi wyzdrowiało. W rok później stwierdzono wybitne małogłowie. Inteligencya dziecka bardzo wiele pozostawia do życzenia.
21	C. Bayer *(Ztschr. f. Heilkunde XVIII 5/6) 14/6 1892.*	S. A. 1 r. 3 m. ż.	Na 2 ctm. powyżej ciemienia małego guz wielkości jabłka.	W przepuklinie znaleziono móżdżek szczątkowy, z licznymi torbielami, które pootwierano. Mimo to tkanka nerwowa do jamy czaszki odprowadzić się nie dała. Rozp.: *Meningoencephalocele occipitatis.*	Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń. Po pół roku blizna nad guzem została przeżartą i dziecko zmarło wśród objawów zapalenia opon mózgowych.
22	Tenże 14 maja 1895.	M. Wtp $1^1/_2$ r. ż.	W okolicy małego ciemienia guz wielkości orzecha włoskiego, elastyczny, tętniący. Objawów wodogłowia niema.	Szypułę podwiązano bez otwierania worka. Rozp.: *Meningocele occipitats.*	Wyleczony. Dnia 5 maja 1897 r. doniesiono, że dziecko jest zupełnie zdrowe.
23	Tenże 26 maja 1895.	K. Fl. $4^1/_2$ r. m.	Wodogłowia niema. Okolica nasady nosa rozszerzona i zajęta przez dwa w bok rozszerzające się, zbite, elastyczne, na $2^1/_2$ ctm. wysterczające guzy.	Wycięcie klinowate zgrubiałej skóry. Pod skórą obficie unaczyniona i w naczynia chłonne opatrzona tkanka tłuszczowa. Rozp. anatom.: *Encephalocele orbitalis bilateralis.*	Dnia 10 czerwca 1895 r. śmierć z ropnego zapalenia opon mózgowych.
24	Tenże 23 maja 1896.	R. Hrld. 14 d. ż.	Na guzowatości potylicowej guz większy, niż głowa noworodka, silnie napięty, przeświecający.	Guz odcięto po podwiązaniu szypuły. Mikroskopowo na wewnętrznej powierzchni worka wykazano wysoki wałeczkowy nabłonek, pokrywający bezpośrednio włóknistą tkankę łączną. Tylko w okolicy podwiązki znaleziono pod nabłonkiem cienką warstwę mózgu, a na zewnątrz od niej obfitą ilość opon mózgowych wewnętrznych. Rozp.: *Meningoencephalocele occip.*	Po 6 tygodniach wypisano dziecię ze szpitala z podłużną powierzchnią ziarninującą. (Badanie mikroskopowe kazałoby raczej rozpoznawać *(hydreucephalocele.*

jako *hydrencephalocele*. Jeżeli parcie śródczaszkowe podnosi się dalej, uciskana tkanka mózgowa zanika, czasem bez śladu i w następstwie powstaje postać, nazywana *meningocele*. *Cenencephalocele* może być albo wynikiem cofającej się *hydrencephalocele*, albo też powstaje, gdy znaczne początkowe wodogłowie w nasileniu swem zelżało w początkach tworzenia się przepukliny. Do przyjęcia tej teoryi skłania nas 1) tak często powtarzające się wodogłowie w przebiegu *encephaloceles*, 2) typowe i stałe usadawianie się tych guzów w miejscach odpowiadających rogom komórek bocznych, 3) rzadkie występowanie przepuklin podstawowych, gdyż, jak wiadomo, wodogłowie powstaje w ostatnich miesiącach życia płodowego, kiedy już podstawa czaszki jest dostatecznie stwardniała. Takiemu zapatrywaniu hołduje choć w części i Heubner, a występuje przeciw niemu Bergmann, opierając swoje zarzuty głównie na tem, że przepukliny mózgowe powstają w pierwszych tygodniach życia płodowego, a wodogłowie dopiero w ostatnich miesiącach, zarzut, zastósowany do teoryi, ku której autor się skłania i pozbawiony dostatecznej podstawy w faktach anatomicznych. Owa tkanka wyjątkowo zdarzająca się pod osłoną skórną przepuklin i uważana przez niektórych autorów za zarodkową, nie musi być koniecznie taką. Bardzo różnie ją opisują, a pojąć ją równie dobrze można — jako zmienioną skutkiem ucisku tkankę mózgową w *hydrencephalocele*. Pod uciskiem zanikła przedewszystkiem tkanka nerwowa, pozostała tkanka łączna podstawowa, neuroglia, która wśród niezwykłych warunków zmieniła się do niepoznania. Blizny, spotykane na skórze przepuklin, mogą być równie dobrze wywołane przez zrosty następowe, już po utworzeniu się przepukliny, między skórą, zmienioną skutkiem tego ucisku od wewnątrz i błonami płodowemi.

2) A jeżeli tak jest i jeżeli, jak dotychczas, nie umiemy leczyć wodogłowia, a cierpienie to tylko w małej liczbie przypadków samo ustępuje, operujmyż przepukliny mózgowe nie dla wskazań życiowych, lecz, — *sit venia verbo*, z powodu wskazań kosmetycznych, kiedy dotknięte cierpieniem tem dziecko, przejdzie poza pierwszą 10-tkę lat życia i uchowa się, umysłowo i fizycznie dobrze rozwinięte. Trudno jednak stać lekarzowi na tem bezwzględnem stanowisku; trzeba czasem coś zrobić nie dla chorego samego, ale dla jego otoczenia, a w pierwszym rzędzie dla matki dziecięcia. Nieraz więc lekarz zmuszonym będzie, chcąc oszczędzić wstrętnego widoku otoczeniu, odjąć z głowy noworodka ogromny guz, niby drugą głowę. Poza tym jednak wyjątkiem, pozostawmy noworodki z małemi przepuklinami mózgowemi, gdziekolwiekbadź usadowionemi i jakkolwiek anatomicznie zbudowanemi, (to bowiem wcale na rokowanie nie wpływa) na razie ich własnemu losowi, zadawalniając się jakimi-badź środkami, ochraniającymi guz od uszkodzeń zewnętrznych i operujmy dopiero wówczas, kiedy żyć będą po kilkunastu latach bez śladów wodogłowia.

Piśmiennictwo.

1) Podręczniki chirurgii szczegółowej Rydygiera, Hütera, Tillmannsa, Kōniga, S. Duplay et P. Reclus. 2) Heinecke: *Die chirurgische Krankheiten des Kopfes*, 1882. 3) E. v. Bergmann: *Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten*, 1899. 4) H. Steinmeyer: *Hydrencephalocele occipitalis inferior congenita. Inaug.-Dissert. Braunschweig*, 1873. 5) B. Flothmann: *Die Operationen der Cephalocelen*. Jena, 1886. 6) A. O Lindfors: *Zur Lehre von den angeborenen Hirnbrüchen und deren chirurgischer Behandlung. Volkmanns klinische Vorträge N. F.* Nr. 222/3. 7) Prof. N. W. Sklifosowski: *Nowoobrazowania w obycznych miestach mozgowych griz. Lietopys russkoi chyrurgii*, 1896, str. 197 i n. 8) J. Salzer: *Zur Cazuistik der Geschwülste am Kopfe. Langenbeck's Archiv.* XXXIII. 1. 9) F. Franke: *Temporäre Heteroplastik zur Behandlung des Hirnprolapses. Ctrbl. für Chirurgie*, 1898, Nr. 47. 10) C. Bolle: *Die Erfolge der Radikaloperationen der Encephalocele, Inaug.-Dissert.*, Berlin, 1898. 11) C. Bayer: *Ueber die Endresultate der an der chirurgischen Abtheilung des Kaiser Franz-Josef Kinder-Spitals in Prag seit dem Jahre 1888 operirten Fälle von Spina bifida und Encephalocele. (Zeitschrift für Heilkunde*, XVIII. 5/6). 12) Heubner: *»Hydrocephalus»* w *Real-Encyklopädie d. gesammt. Heilkunde* T. XI, str. 41 i n. (Dokładne zestawienie literatury, odnoszącej się do tego przedmiotu znaleźć można w książce Heineckego i w odczycie Lindforsa).

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiellońskiego pod kierownictwem Prof. Jordana.

Przypadek rozszczepu górnego cewki moczowej u kobiety.

Skreślił
Dr. B. Wojciechowski
asystent kliniki.

Wierzchniactwo u kobiet *(Epispadiasis in femina)* jest tak rzadką wadą rozwojową, że w niektórych poważnych nawet podręcznikach chirurgii i ginekologii spotyka się tylko krótką wzmiankę o tem cierpieniu, — w innych zaś pominięto je wprost milczeniem. To też w tym przedmiocie piśmiennictwo jest nader skąpe, obejmuje zaledwie kilkanaście operowanych przypadków, co dodaje mi śmiałości do podzielenia się uwagami o tego rodzaju chorej, leczonej przed kilku miesiącami w klinice krakowskiej.

Przez wierzchniactwo *(epispadiasis urethrae)* u kobiety rozumiemy wadę rozwojową, stanowiącą niejako wstęp do poważniejszej, a zarazem częstszej wady, jaką jest wynicowanie pęcherza *(ectopia vesicae)*. Obraz anatomiczny, w pojedyńczych przypadkach zresztą niewiele się różniący, polega w najgrubszych zarysach na istnieniu szczeliny środkowej, wskutek której łechtaczka, napletek i wędzidełko łechtaczki są rozszczepione na dwie symetryczne połowy, — obok skrócenia w większym lub mniejszym stopniu ściany górnej cewki. Ujście zewnętrzne cewki leży zazwyczaj powyżej rozszczepionej łechtaczki, a błona śluzowa cewki bywa wywinięta (Guyon). Pęcherz jest zachowany. Durand rozróżnia trzy stopnie tego cierpienia (zawsze z usadowieniem wysokiem cewki, powyżej przepołowionej łechtaczki). W pierwszym stopniu znajduje się tylko silne wywinięcie błony śluzowej cewki obok dość długiej ściany górnej; — do drugiego stopnia zalicza przypadki, w których jest brak częściowy ściany górnej cewki, — wreszcie do trzeciego, gdzie brak jej zupełnie.

Stałym a przytem najważniejszym objawem towarzyszącym jest niemożność zatrzymania moczu, i to najczęściej prawie zupełna. Są to więc przypadki budzące podwójne zainteresowanie się, gdyż nietylko jako rzadkość, lecz zarazem i ze względów praktycznych.

Czas powstawania wierzchniactwa *(epispadiasis)* u kobiety odnosi Thiersch do szóstego tygodnia życia płodowego. W chwili, kiedy wspólna kloaka, w którą uchodzą przewody pokarmowy i moczo-rodny, zaczyna się dzielić na przewód przedni i tylny, t. j. zatokę moczopłciową *(sinus urogenitalis)* i odbytnicę *(rectum)*, czyli kiedy powstaje międzykrocze, bywa miednica w prawidłowych warunkach już zamknięta, a zewnętrznie widać w miejscu spojenia t. zw. guzek

płciowy (Geschlechtshöckerchen), powstały przez zrośnięcie się obu połów łechtaczki równocześnie z zamknięciem się pierścienia chrzęstnego miednicy. Jeżeli natomiast wytworzenie się przegrody w kloace nastąpi wcześniej, niż zamknięcie się spojenia łonowego i w związku z tem pozostające powstanie guzka płciowego, to wskutek wypierania i unoszenia przewodu moczorodnego ku górze przez wytworzone już międzykrocze, obie połowy łechtaczki rozchylają się, a zrost ich w ten sposób niezmiernie utrudniony następuje albo dopiero bardzo późno, albo też wcale nie przychodzi do skutku.

Klebs zaś nie uważa tego tłómaczenia za wystarczające we wszystkich przypadkach wad rozwojowych cewki i pęcherza i wraz z innymi autorami [1]) wprowadza je w sposób mniej przekonujący w związek z nieprawidłowym rozwojem omocznej (allantois).

Bliższe szczegóły, dotyczące obrazu anatomicznego, umieszczę w dalszym ciągu, przy opisie naszego przypadku, pod tym względem zupełnie typowego.

Leczenie moczocieku *(incontinentiae urinae)* polegać mogło jedynie na wykonywaniu zabiegów operacyjnych, z pomiędzy których jedne dążyły do wytworzenia nowej lub do przedłużenia istniejącej, lecz zbyt krótkiej cewki, inne zaś do jej zwężenia. Dla osiągnięcia przedłużenia cewki posługiwano się jednym lub dwoma płatami, wziętymi z najbliższego otoczenia od góry lub z boków, odpowiednio przemieszczonymi i przyszytymi. Sądzę, że zbyt dokładny opis tych kilku sposobów (Schröder 3 przyp., Dohrn 1, Frommel 1, Möricke 1, Himmelfarb 1, Rasch 1) o tyle nie jest na tem miejscu uzasadniony, że, chcąc cewkę przedłużyć, wypadnie każdym razem z osobna obmyśleć sobie kształt i wielkość płata i wybrać najlepszy stosunkowo materyał z otoczenia, — jak to wogóle ma miejsce we wszystkich prawie operacyach plastycznych, gdzie pewna metoda jest wprawdzie potrzebną, lecz gdzie wynik ostateczny zależy od umiejętnego dostosowania, względnie przeinaczenia metody w danym przypadku. Każdy zgodzić się zresztą może ze zdaniem Fritscha, który przedłużenie sztuczne cewki aż do wzgórka łonowego uważa za możliwe, lecz zarazem za nieodpowiadające celowi, gdyż samo przez się nie jest w stanie zapobiedz ciągłemu wypływaniu moczu.

Ważniejszem o wiele jest bezwątpienia zwężenie cewki. Otrzymywano je pierwotnie przez wycinanie klinów i pasków ze ściany cewki, i to z jej rozmaitych stron. Najlepszym może będzie sposób Fritscha (t. zw. *Vestibularschnitt)*, polegający na oddzieleniu cewki od łuku łonowego i wycięciu z górnej ściany cewki paska, sięgającego aż na ścianę pęcherza, — gdyż po założeniu drenu uciska on na zdrową ścianę dolną cewki.

Celem zwężenia cewki Gersuny podał sposób niezwykle pomysłowy. Polega on na odpreparowaniu cewki w całej jej długości i okręceniu około własnej osi o *circa* 180°, przez co powstają w świetle cewki fałdy spiralne, tem ściślej do siebie przylegające, czem większym będzie stopień okręcenia. G. był zmuszony z powodu niezupełnie zadowalającego wyniku powiększyć wśród dwu następnych poprawek okręcenie o dalszych 90° i o 180°, czyli, że razem wziąwszy okręcenie doszło do 450°. Pomimo to obumarcie ściany cewki nie nastąpiło.

Wreszcie dążył Himmelfarb do tego samego celu przez przemieszczenie cewki ku górze, co pociąga za sobą kątowate jej odgięcie i temsamem zwężenie. Uzyskał to przez wycięcie szerokiego klina ponad cewką i zeszycie jego w kierunku pionowym. Auffret postąpił analogicznie w swoim przypadku.

Mówiąc o sposobach operacyjnych, winienem wspomnieć, że Fritsch radzi zawsze na czas gojenia się plastyki założyć przetokę sztuczną pochwowo-pęcherzową, aby uchronić ranę od zaciekania moczem. (Z tychsamych powodów zakłada o tyle groźniejszą przetokę międzykroczową u mężczyzn).

Zupełnie w odosobnieniu pozostaje przypadek, który przed kilku laty opisał Makins. U chorej, trzykrotnie operowanej bezskutecznie, znalazł M. w miejscu cewki otwór przepuszczający 3 palce, prowadzący do małego pęcherza. Postanowił założyć „urethra suprapubica“, a cewkę zamknąć. Przez otwór zrobiony trójgrańcem ponad spojeniem łonowem, wprowadził dren do pęcherza, wyprowadził cewką na zewnątrz i związał końce ponad spojeniem. Po 14 dniach dren usunął, a cewkę zaszył 3 piątrami szwu. Pozostała mała przetoczka, którą dodatkowo zamknąć zdołał. Chorą zaopatrzył w odpowiedni odbieralnik (recypient).

Pomijając niemiłą zresztą okoliczność, że w niektórych razach stósowano operacyę kilkakrotnio, zanim otrzymano pożądany wynik, podnieść razem należy z naciskiem, że zawsze doprowadzono albo do pewnej dość znacznej poprawy, albo też do wyniku zupełnie zadowalniającego. Stanowi to zachętę do postępowania chirurgicznego w każdym podobnym przypadku, aby tym nieszczęśliwym osobnikom, wytrąconym przez ich kalectwo z środowiska społecznego, przywrócić zadowolenie w życiu i polepszyć ich dolę.

Przystępując do krótkiego opisu naszego przypadku, poczytuję sobie za obowiązek złożyć na tem miejscu podziękowanie memu czcigodnemu szefowi, p. prof. Jordanowi, któremu zawdzięczam zarówno pozwolenie wykonania zabiegu operacyjnego na chorej, jakoteż ogłoszenie tego przypadku.

E. D., lat 21, wolna, zgłosiła się do kliniki z końcem listopada 1898. Od urodzenia cierpi na niemożność zatrzymania moczu. Od 5 lat miewa prawidłową regularność. Badanie wykazało prawidłowy rozwój ogólny. Części rodne przedstawiają niezwykłe stosunki. Zarost na wzgórku łonowym skąpy, sięga tylko do górnego brzegu spojenia. Wargi większe, cokolwiek zanikłe, stykają się od dołu ze sobą w sposób zwykły, od góry zaś, przy rozwartych udach, podobnie jak i mniejsze, szeroko odstają od siebie, przebiegając lekko rozbieżnie i nie łącząc się w górze, gdzie odległość pomiędzy niemi wynosi 4 ctm. Łechtaczki na pierwszy rzut oka brak. Począwszy od miejsca, gdzie się ona znajdować powinna, ciągnie się aż do górnego brzegu spojenia przestrzeń w kształcie romba, w obrębie której tkanka powierzchowna jest gładka, napięta, lśniąca, sucha, jakby zbliznowaciała, pozbawiona porostu włosów, dość ściśle z podstawą kostną połączona, a przez sam środek jej biegnie prostopadle rynienkowate zagłębienie, ograniczone cokolwiek wyniosłymi brzegami.

Poniżej wspomnianej okolicy znajduje się otworek poprzecznie owalny, o średnicy grubego ołówka, przez który od czasu do czasu wypływa płyn jasny. Więcej ku dołowi widać szparę pionową, długości 1 ctm., otoczoną mięsistym pierścieniem błony dziewiczej, o brzegach gładkich, cokolwiek na zewnątrz sterczących. Więzadełko zaznaczone, międzykrocze szerokości $2^1/_2$ ctm. Po rozwarciu dokładniejszem warg mniejszych przekonać się można, że górny, poprzeczny otworek jest nadmiernie rozszerzoną cewką moczową, której pofałdowana po-

---

[1]) Ahlfeld, die Missbildungen des Menschen. Schröder, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. V.

dłużnie błona śluzowa jest wywinięta i wzrokowi przystępna. Cewka przepuszcza do pęcherza palec wskazujący. Przy górnym jej brzegu znajdują się jakby 2 brodaweczki wielkości siemienia, których powierzchnia przedstawia cechy przekrwionej błony śluzowej. Na podstawie pewnej tkliwości tych tworów domyślać się w nich należy resztek rozszczepionej łechtaczki. Przy bliższem oglądaniu warg mniejszych widoczna jest kieszonkowata zatoka przy górnym brzegu każdej z osobna, odpowiadająca rozdwojonemu napletkowi łechtaczki. Poniżej tej zatoki znajduje się na obu wargach wyniosły fałd, wielkości fasolki, sterczący wyraźnie ponad powierzchnię warg. Górna część warg mniejszych, aż do wspomnianej wyniosłości, jest różowo, dolna znacznie ciemniej zabarwiona. Wysokość zupełnie prawidłowo zbudowanego spojenia łonowego wynosi 4 ctm. Badanie małym palcem przez pochwę wraz z badaniem przez odbytnicę poucza, że niezbyt mała, lekko ku tyłowi pochylona macica, posiada budowę proporcyonalną. Po obu stronach wyczuwa się ciała tkliwe, mogące odpowiadać małym jajnikom.

W czasie klinicznego spostrzegania stwierdzono, że chora może za dnia przy natężonej uwadze i zupełnie spokojnem zachowaniu się zatrzymać najwyżej około 100 grm. moczu. W czasie ruchu zaś i zajęcia oddaje mocz bezwiednie. W nocy nigdy nie odczuwa potrzeby oddania moczu. Podkład stale wilgotny.

Na pytania dodatkowe zaprzecza, aby kiedykolwiek spółkowała (per urethram!).

Przystępując d. 10. XII. 1898 do operacyi postanowiłem sobie, o ile się to okaże możliwem, połączyć ze sobą 3 sposoby, z których każdy przez się już mógłby być skutecznym, chcąc tym sposobem uniknąć u niezbyt inteligentnej pacyentki operacyi powtórnej. Mianowicie zamierzyłem po odpreparowaniu całej cewki aż do ścian pęcherzowych 1) zwęzić jej światło przez wycięcie ze ścian bocznych od strony lewej i prawej po jednym klinie, zwróconym szczytem ku pęcherzowi, podstawą do ujścia zewnętrznego cewki. Uwzględniając ogromną szerokość przewodu, musi podstawa każdego klina wynosić $^1/_4$ część obwodu, przez co światło ujścia cewki zwęzi się już o połowę. 2) Dalsze zwężenie uzyskać przez okręcenie o 180° sposobem Gersunyego tak, iż brzeg prawy przypadnie po stronie lewej i odwrotnie. 3) Zapewnić domykalność cewki przez przeszczepienie jej ujścia zewnętrznego cokolwiek ku górze tak, iżby leżało ono częściowo przynajmniej na przedniej powierzchni spojenia łonowego. To przemieszczenie cewki będzie zarazem zapobiegać temu, aby odbywał się *coitus per urethram*, do czego dawniejsza szerokość i umieszczenie cewki, obok niezwykłej grubości i zbitości błony dziewiczej, dawałyby sposobność. Dla podtrzymania uniesionej cewki postanowiłem ranną powierzchnię półksiężycowatą, powstającą po uniesieniu cewki poniżej tejże, zeszyć poprzecznie, podobnie jak to się dzieje przy operacyach plastycznych na międzykroczu.

W czasie wykonania operacyi trzymałem się rzeczywiście powyższego planu, a tylko następujące szczegóły podnieść należy. Obawiając się nacięcia cienkiej ściany cewki, oddalałem się we wszystkich kierunkach jak najwięcej od niej w miarę dążenia w głąb. Od góry więc trzymałem się ściśle kości. Dla nadania krótkiej cewce większej ruchomości, odpreparowałem również na nieznacznej przestrzeni ściany pęcherza dokoła ujścia pęcherzowego cewki, w postaci pierścienia szerokości 1—1$^1/_2$ ctm. Celem przeszczepienia cewki ku górze, poprowadziłem od górnego brzegu cewki cięcie środkowe, długości 1 ctm., prostopadłe, przez tkankę bliznowatą na przedniej powierzchni spojenia, przez co powstała po odsunięciu brzegów powierzchnia ranna w postaci trójkąta, szczytem ku górze zwróconego, w którymto kierunku miała być przeszczepiona cewka. Doznając uczucia, że przy okręceniu o 180° cewka zostaje zbytnio zaciśnięta i że mogłaby obumrzeć, poprzestałem na okręceniu o 90°, które wydało mi się wystarczającem.

Poza tem nie byłem zniewolony w niczem odstąpić od zakreślonego powyżej postępowania.

Szyłem cienkim jedwabiem na małej igiełce i starałem się ograniczyć *ad minimum* liczbę szwów. Dlatego, po wycięciu klinów bocznych, użyłem szwów zwężających cewkę zarazem do okręcenia jej i przyszycia o $^1/_2$—$^3/_4$ ctm. wyżej.

Sądzę, że zresztą tłómaczy dołączona szematyczna rycina 2. sposób założenia szwów, ich cel i działanie, a rycina 3. obraz po operacyi.

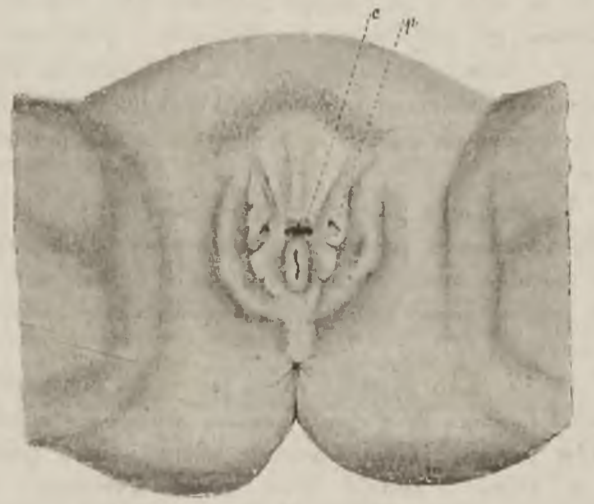


Fig. 1.

c — łechtaczka (połowa lewa).
p — napletek łechtaczki (połowa lewa).

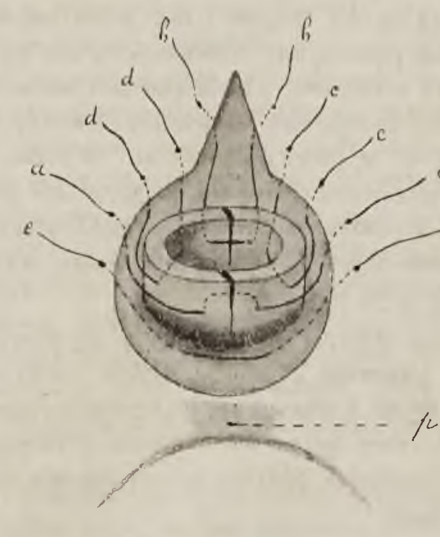


Fig. 2.
(po okręceniu cewki o 90°).

a — szew przez dawniejszą ścianę prawą cewki.
b — » » » » lewą.
c — » » » » dolną.
d — » » » » górną.
(*a* i *b* służą do połączenia ścian po wycięciu klinów, zarazem podobnie jak *c* i *d* do uniesienia cewki ku górze).
e — szew służący do podtrzymania cewki po przemieszczeniu jej ku górze.
p — górna ściana pochwy.

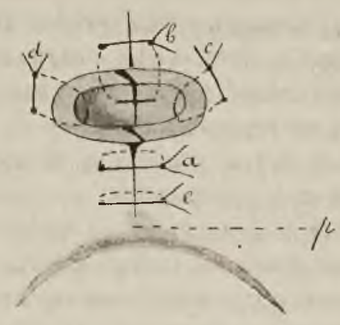


Fig. 3.

Uwidocznia stosunki po związaniu szwów.

Po związaniu szwów założono miękki cewnik Nelatona Nr. 19 na stałe i, aby znieść działanie jego ciężaru, przymocowano go przylepcem do brzucha i połączono rurką szklaną z drenem, zanurzonym w niżej ustawione naczynie, napełnione rozczynem solweolu. Wspomniany cewnik przechodzi z pewnym małym oporem. Cewka ma przebieg wyraźnie skośny.

W przebiegu pooperacyjnym przepłókiwano raz dziennie pęcherz letnim rozczynem kw. borowego, nie wyjmując i nie ruszając wcale cewnika. Mocz odpływał stale dobrze i był zawsze czysty. Chora zachowywała się ze spokojem wzorowym.

D. 17. XII. doznała chora parcia na mocz, przyczem wyleciał kateter. W godzinę później oddała świadomie 103 gramów moczu. Odtąd pozostaje chora jeszcze przez trzy dni w łóżku i oddaje mocz wśród wyraźnego uczucia wypełnienia pęcherza i to w odstępach coraz dłuższych i w ilości coraz większej. *Maximum* czasu wynonosiło w tych dniach pięć godzin, a największa ilość naraz oddanego moczu dosięgła 225 gramów. Po nocy znajdowano zawsze podkład suchy. Kiedy 10 dnia po operacyi przystąpiłem do wyjęcia szwów, przekonałem się, że z 4 szwów, założonych na ścianę cewki, trzyma tylko jeden od strony lewej i grozi również przecięciem. Cewka powróciła na dawne swe miejsce. Ujście zewnętrzne cewki otoczone zwłaszcza od góry i strony prawej bujającemi ziarninami. Zwykły cewnik kobiecy przechodzi z pewnym oporem. Wynika z tego, że wprawdzie przemieszczenie cewki ku górze nie powiodło się, lecz mimo to wystarczyło zwężenie cewki przez klinowate wycięcia i przez okręcenie do sprowadzenia zupełnie zadowalniającej funkcyi pęcherza.

Z końcem stycznia b. r. zgłosiła się chora, stósownie do polecenia, ponownie do kliniki. Ujście cewki otoczone różową blizną. Ścisłe i dłuższe spostrzeganie wykazało, że chora zatrzymuje mocz przez 4—5 godzin i oddaje 200—400 grm. naraz. Bezwiedne oddanie moczu nie zdarza się ani za dnia, ani w nocy.

Jesteśmy więc uprawnieni uważać chorą na razie przynajmniej za zupełnie wyleczoną.

Rozbierając krytycznie postępowanie operacyjne w powyższym przypadku, możnaby uczynić słuszny zarzut, że niepotrzebnie wyciąłem 2 kliny ze ściany, gdyż wycięcie jednego, lecz podwójnie szerokiego, np. ze ściany górnej, może dać tensam wynik. Jeżeliby mi się kiedy zdarzył drugi podobny przypadek, to chętnie wyciąłbym tylko jeden klin większy. Przemieszczenie cewki ku górze jest bez wątpienia bardzo pożądane, szkoda tylko, że nie posiadamy ścisłej miary, zapomocą której moglibyśmy uniknąć zbytniego napięcia tak delikatnych tkanek.

Literatura.

Gosselin, Gaz. des hôp. 1851. Nr. 37. — Roser, Württenb. Corresp. Bl. 1861. Nr. 20. — Kleinwächter, Monatschrift für Geburtskunde Bd. 34. S. 81. — Testelin, Gaz. de Paris. 1861. Nr. 46. Steiner, Arch. f. klin. Chir. XV. 2. — Himmelfarb, Arch. für Gyn. XLIV. H. 2. — Ballantyne, Jahresber. üb. Geb. und Gyn. 1896. S. 276. — Gersuny. Centralbl. f. Gyn. 1889. Nr. 36. (Ref.). — J. van der Hoeven jun. Centralbl. f. Gyn. 1891. Nr. 10. (Ref). — Rutherford, Centralbl. f. Gyn. 1891. Nr. 24. (Ref.). — T. Auffret, Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 5. (Ref.). — G Himmelfarb, Centralbl. für Gyn. 1894. Nr. 8. (Ref.). — Makins, Centralbl. für Gyn. 1895. Nr. 36. (Ref.). — M. Durand, Centralbl. f. Gyn. 1896. Nr. 14. (Ref.). Rasch, Centralbl. f. Gyn. 1897. Nr. 44. (Ref.). — Möricke, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. V. 2. — Richard Frommel, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. VII. 2. — Dohrn, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn XII. 1.

V. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

Sposób leczenia zwichnięć zastarzałych.

Podał

Dr. Eugieniusz Karchesy,

c. k. lekarz pułkowy przydzielony do kliniki.

Wśród pokaźnej liczby chorych, leczonych w ciągu dwóch lat w klinice lwowskiej, napotykamy zaledwie dziewięciu, którzy udali się o pomoc lekarską do kliniki z powodu zastarzałych i zaniedbanych zwichnień w wielkich stawach kończyn.

Chociaż zwichnięcia należą do liczebnie najczęstszych obrażeń, nie może nas dziwić, że tak mały odsetek widzimy ich w klinice. Uszkodzenia te wydarzają się najczęściej u ludzi należących albo do klasy rękodzielników, albo wieśniaków. Rękodzielnik i wieśniak widzieli już często u swoich towarzyszów podobne cierpienie po doznanym urazie, domyślają się więc sami jakości uszkodzenia i szukają coprędzej pomocy bądź u najbliższych sobie lekarzy, bądź też niestety, zawsze jeszcze zbyt często u różnych znachorów. Na klinikę i do szpitala udają się dopiero wtedy, gdy zwichnięcie, pomimo kilkakrotnych usiłowań i po upływie kilku tygodni lub miesięcy, nie dało się odprowadzić, i gdy ruchy czynne w stawie zostały tak upośledzone, że dalej zarobkować nie mogą.

Z doświadczenia wiemy, że przy dobrej woli i cierpliwości chorego, wytwarzają się wśród licznych zastarzałych zwichnień, mianowicie w stawach panewkowych, świeże stawy, mniej lub więcej ruchome, niekiedy prawie prawidłowo funkcyonujące. Sprawną czynność przy zastarzałych zwichnięciach napotykamy najczęściej w stawie barkowym.

Podobny przypadek ogłasza Bähr [1]) i wielu innych; w naszych czasopismach lekarskich mniej znajdujemy, podobnych opisów, gdyż nasi pacyenci, mniej wykształceni i mniej zamożni, zadowolniwszy się dobrym wynikiem co do funkcyi, do lekarza się nie zgłaszają.

W stawie biodrowym może z biegiem czasu wytworzyć się po zwichnięciach nowy staw, a chociaż ruchy w tym stawie będą nieznaczne i chory mocno chroma, mimoto nie doznaje on przeszkody w zarobkowaniu i z tej przyczyny nie udaje się do zakładów leczniczych, w celu poddania się zabiegom operacyjnym.

[1]) 43 tom. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, III. Heft.

Że i tutaj wynik funkcyonalny może być wcale niezłym, dowodzą przypadki ogłoszone przez Malgaigne, Oldnowa[2]) i Lafauriego[3]).

Zwichnięcia w stawie kolanowym nie są wogóle częste, odprowadzenie ich nie przedstawia zwykle wielkich trudności, utwierdzenie więc nogi w położeniu uniemożliwiającem jej funkcyę jest rzadkie. Przy zastarzałych zwichnięciach ku tyłowi, jeżeli nie są zupełne, niekiedy nietylko funkcya nogi jest możliwą, lecz także i czynne zgięcie i wyprostowanie w kolanie się wyrabia.

Malgaigne przytacza trzy podobne wypadki, Lossen i Karczewski[4]) po jednym.

Najrzadziej wytwarza się ruchomość w granicach umożliwiających używanie ręki w zastarzałych zwichnięciach w stawie łokciowym. W wielkim podręczniku Bardenheuera zaledwie jeden przypadek spotykamy, przytoczony z kazuistyki Streubla. Tego więc rodzaju zwichnięcia najczęściej spotykamy w klinikach i tacy chorzy zgadzają się na wszelki zabieg chirurgiczny, gdyż ręka bezużyteczna zagraża ich bytowi materyalnemu. Musimy rozróżniać zwichnięcia zastarzałe, dające się odprowadzić w drodze niekrwawej, od takiego zastarzałego zwichnięcia, które już bez krwawego zabiegu nie daje się odprowadzić. Zwichnięciem zaś zastarzałem nazywamy takie, którego czas trwania przekracza pewien, na podstawie licznych statystyk oznaczony, termin. Po upływie tego czasu wytwarzają się zmiany wsteczne na płaszczyznach stawowych, tkanki otaczające bliznowacieją i kurczą się, a natomiast występują silne zrosty. Torebka stawowa zamienia się w tkankę bliznowatą, mięśnie się przykurczają tak, że odprowadzenie bezkrwawe jest bardzo utrudnione albo niemożliwe, a krwawe także nie zawsze prowadzi do celu. Czasu, po upływie którego te zmiany dochodzą do tego stopnia, dokładnie oznaczyć nie możemy; zależy od wieku chorego, powikłań i od innych okoliczności, których określić nie jesteśmy w stanie.

U dzieci i u ludzi młodych, zmiany w płaszczyznach stawowych znacznie później występują, jak u starszych. Znane są przypadki, że i po znacznie dłuższym czasie, z przyczyn nieznanych, zmiany te były nieznaczne, odprowadzenie w drodze niekrwawej się udawało, a czynność kończyny była zadawalniająca. Ze względów praktycznych powiadamy zwykle, że zwichnięcie, trwające dłużej, niż cztery lub sześć tygodni, jest zwichnięciem zastarzałem, termin ten jest jednak dla rozmaitych stawów odmiennym.

Dla stawu barkowego podaje Lafaurie[5]), w przypadku *luxatio subcoracoidea* i *subglenoidalis* przeciąg trzech miesięcy, w *luxatio intracoracoidea* i *subclavicularis* dwóch miesięcy. Dla stawu biodrowego podaje Bigelow, Cooper i Hamilton termin dwumiesięczny. Dla stawu łokciowego Cooper — sześć tygodni. W stawie kolanowym w opisanem poniżej zwichnięciu niezupełnem ku tyłowi, odprowadzenie po dwóch miesiącach już się nie udało.

Po ubiegu tych terminów odprowadzenie niekrwawe tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach się udawało. König[6]) opisuje przypadek zwichnięcia ramienia, które odprowadził po ośmiu latach; Sedillot podobny — po jednym roku. Zwichnięcie w stawie biodrowym odprowadził Delamotte[7]) po dwóch latach, A. Cooper po pięciu latach. Zwichnięcie w łokciu odprowadził Farabeuf po 158 dniach[8]). Przytoczone przypadki należą do unikatów; w zwykłych warunkach możemy w podobnych okolicznościach próbować ostrożnie odprowadzania, pamiętając atoli o tem, żebyśmy naszym zabiegiem nie narazili chorego na szkodę.

Mając pacyenta z zastarzałem zwichnięciem, musimy się dobrze zastanowić, czy jest wogóle odprowadzenie wskazanem i czy przy udałem odprowadzeniu mamy widoki polepszenia czynności kończyny. Łatwo rozstrzygnąć to pytanie w przypadkach zwichnięcia ramienia, gdy się już utworzył staw wrzekomy, umożliwiający ruchy czynne ręki, choć w niezbyt wielkich granicach, gdy główka kości ramieniowej nie uciska na nerwy i naczynia krwionośne, i gdy zarobkowanie jest możliwe; wtedy będziemy się starali przez ruchy bierne, mięsienie, elektryzowanie mięśnie ramienia wzmocnić i wydatność ruchów powiększyć. Co do stawu biodrowego, to i dzisiaj będziemy się trzymali zdania A. Coopera, że zwichnięcia zastarzałego lepiej nie odprowadzać, gdy główka przez swe nieprawidłowe położenie bólów nie sprawia, jest silnie nowoutworzonemi więzadłami umocowaną, i gdy czynność nogi jest możliwa. Co do stawu łokciowego, to ruchomość w nim przy zastarzałem zwichnięciu tak rzadko i w tak małych granicach się wytwarza, że czynność stawu przez zabieg operacyjny krwawy lub bezkrwawy zawsze musimy poprawić. W stawie kolanowym tak przy zupełnem, jak i przy niezupełnem zwichnięciu, z wyjątkiem owych niezwykłych przypadków, w których, przy zwichnięciu niezupełnem i ruchomość zadawalniająca się wytworzyła i pewność w stąpaniu i chodzie powróciła, zabieg operacyjny jest zawsze wskazanym.

W zwichnięciu niezupełnem, nawet wtedy, gdy wytworzą się zrosty i gdy czynność kończyny wskutek tego jest nie najgorszą, przez udałe odprowadzenie lub resekcyę możemy ten stan zawsze polepszyć.

Gdy wyżej wskazane szczęśliwe stosunki nie zachodzą, musimy się zabrać do leczenia bezpośredniego stawów. Z początku próbujemy zawsze odprowadzenia bezkrwawego, po przerwaniu nowo wytworzonych zrostów zapomocą *taraudage* Richeta, polegającej na kombinacyi ruchów rotacyjnych, addukcyi i abdukcyi kończyny. Po przerwaniu zrostów próbujemy odprowadzenia sposobami fizyologicznymi. Przy ich użyciu musimy zachować pewną miarę u ludzi młodych do 18 roku życia i u ludzi po 60 roku życia; siły wielkiej używać nie możemy, gdyż u pierwszych łatwo spowodujemy oderwanie nasady w linii chrząstki nasadowej, u drugich złamanie kości.

Odprowadzenia zapomocą silnego wyciągania, wykonanego siłą kilku ludzi lub też zapomocą maszyn, jak n. p. przyrządu Schneider-Menella, Jarvisa lub Hennequina, jako nieodpowiedniego i niebezpiecznego, nie używamy. Nieodpowiednim jest ten sposób, gdyż siła działa tylko w jednym kierunku i odprowadzenie w najpomyślniejszym przypadku udałoby się tylko po rozległem przerwaniu zrostów, niebezpiecznem z tego powodu, że przy użyciu siły znaczniejszej nad 200 kilogramów, a dochodzącej nieraz do 300

[2]) Lossen. Verletzungen der unteren Extremitäten.
[3]) Duplay Reclus. Tom (III, pag. 217).
[4]) *Archiv f. klinische Chirurgie* 1886, t. XXXIII.
[5]) Lafaurie. (*Thèses de Paris*, 1869).
[6]) Duplay Reclus, T. III p. 138.

[7]) Krönlein (Traumatische Luxationen, pag. 68).
[8]) Duplay Reclus, III. p. 174.

i 400 kilogramów, wydarzały się rozmaite uszkodzenia ciężkie. Najłatwiej pęka skóra, gdyż chcąc działać na kończynę, musimy ją umocować, a punkt zaczepu musi zawsze skóra stanowić. Przy odprowadzaniu w stawie barkowym zapomocą wyciągania o sile 190 kilogramów pękła skóra ramienia w przypadku opisanym przez Malgaignea [9]). Przerwanie mięśni opisał Cooper, Petit, Flaubert i inni. Przerwanie naczyń krwionośnych także się wydarzało, w r. 1884 mógł Cras zestawić trzydzieści przypadków z kazuistyki wybitnych chirurgów. Guerin [10]) opisuje wypadek, w którym przy użyciu siły czterech mężczyzn wyrwał całe przedramię w stawie łokciowym Przerwanie nerwów stosunkowo najrzadziej następowało. Flaubert opisuje trzy przypadki, w których wyrwano cały splot barkowy wraz z jego korzeniami.

Metody podskórnego przecięcia ścięgien lub też zrostów około kończyny zwichniętej rzadko doprowadzały do celu, a operując po omacku, możemy łatwo poprzecinać naczynia i nerwy, a pominąć zrosty. Metodę tę wykonywał w stawie barkowym poraz pierwszy Wutzer [11]), przeciąwszy mięsień kruczobarkowy (coraco-brachialis), następnie Dieffenbach przeciął przyczepy mięśni, odchodzących od grzebienia guzka mniejszego (spina tuberculi minoris), a Polaillon w r. 1882 polecał i wykonywał przecięcie podskórne zrostów.

W stawie biodrowym próbował tej metody bezskutecznie Mac Cormac i Hamilton [12]). W stawie łokciowym Liston i Maisonneuve z dobrym skutkiem. Złamania podskórnego kości zwichniętej, w celu utworzenia stawu wrzekomego, jak to polecał Desprès w stawie barkowym, i jak Richet wykonał niedobrowolnie w przypadku złamania w szyjce chirurgicznej (collum chirurgicum) przy użyciu nadmiernego wyciągania; lub też osteotomii, poleconej przez Desprès w stawie barkowym, a przez Mac Ewena, Bouilly, Wohla i Kocha w stawie biodrowym, nigdy nie wykonaliśmy.

Natomiast stosujemy artrotomię z zasady, a gdy ten zabieg nam się nie udaje bądź z przyczyny znacznych zmian w płaszczyznach stawowych, bądź też z powodu powikłań, (n. p. złamań obok stawu, odczepienia się chrząstek nasadowych), lub też gdy ustalenie stawu jest niemożliwem, przystępujemy do resekcyi.

Artrotomię wykonujemy nawet wtedy, gdy się znajdują małe odłamki kości, tworzących płaszczyzny stawowe. Odłamki te, n. p. odłamany kłykieć zewnętrzny, rzadziej wewnętrzny lub kawałek wyrostka kruczego przy zwichnięciu w łokciu, wciskają się niekiedy między płaszczyzny stawowe i uniemożliwiają wszelkie próby odprowadzenia niekrwawego. Usunięcie ich bywa często uciążliwe nawet po szerokiem otwarciu stawu. Części torebki stawowej lub też części mięśni zakleszczonych w stawie usuwamy dokładnie, i po dokonanem odprowadzeniu zeszywamy części miękkie wraz ze skórą kilku szwami węzełkowymi. Gdy artrotomia jest niemożliwą, przystępujemy do resekcyi.

Resekcyę wykonujemy podokostnowo, z kości staramy się utrzymać o ile możności najwięcej, żeby nie otrzymać stawu cepowego (Schlottergelenk) i ażeby zachować kształt prawidłowy kończyny i jej fizyologiczną ruchomość.

W stawie barkowym i biodrowym wykonujemy resekcyę typową podokostnową, w stawie kolanowym o ile możności sposobem Helfericha, a w stawie łokciowym sposobem polecanym w klinice Brunsa, polegającym na odpiłowaniu 4—6 ctm. z kości ramieniowej, bez naruszania kości przedramienia.

W wypadkach opisanych przez Cuhorsta [13]), wynik czynnościowy tej częściowej resekcyi był znakomitym, pro- i supinacya były zupełnie dobrze utrzymane, gdyż więzadła między kością łokciową i szprychową były nietknięte.

W jednym z naszych przypadków usunęliśmy i odłamany wyrostek łokciowy (olecranon) i to nie wywarło żadnego złego wpływu na wynik operacyi, ustalenie kończyny łatwo się udało, przebieg pooperacyjny i czynność przedramienia były zadawalniające.

Resekcyę tę w stawie łokciowym można także bez obawy wykonać u osób młodych, u których kościec jeszcze się rozwija, a nawet i u dzieci, gdyż, jak Ollier w r. 1861 dowiódł i wielu chirurgów następnie potwierdziło, wzrost ramienia jest najsilniejszy przy nasadzie górnej, u dołu odbywa się stosunkowo słabo; przy naruszeniu więc chrząstki nasadowej dolnej zbytniego skrócenia kończyny obawiać się nie potrzebujemy.

Streściwszy zasady, któremi w klinice lwowskiej przy leczeniu zastarzałych zwichnięć się kierujemy, przystępujemy do krótkiego opisu przypadków.

Mieliśmy jeden przypadek zwichnięcia w stawie barkowym, trzy w stawie biodrowym, cztery w stawie łokciowym i jeden w stawie kolanowym.

Luxatio humeri subcoracoidea inveterata.

Rok 1898. Iwan Hupało, wieśniak, lat 60. Między 3 a 5-tym listopada 1898 r. przy ścinaniu drzewa upadł na ziemię, a obalający się pień uderzył go w prawe ramię. Uczuł on natychmiast silny ból, niemożność poruszania ramieniem, następnie wystąpił obrzęk w okolicy prawego barku.

Stan obecny 10 grudnia 1898 r. Bark prawy spłaszczony, płaszczyzna stawowa łopatki daje się wyczuć w znacznej części. Główka kości ramieniowej leży tuż pod wyrostkiem kruczym, od strony pachy można ją dokładnie wyczuć. Ułożenie ramienia w miernej abdukcyi, ruchy czynne zniesione, przy biernych porusza się łopatka. 10 grudnia 1898 r., po upływie pięciu tygodni, odprowadzenie w uśpieniu sposobem Kochera udało się odrazu, po przedwstępnem zastosowaniu taraudage. Założono opatrunek ustalający Desaulta. Po trzech tygodniach zdjęto opatrunek, zastosowano ugniatanie, oraz ruchy bierne i czynne. W miesiąc po zdjęciu opatrunku przedstawił się chory. Ruchy czynne w barku mało upośledzone, abdukcya, addukcya i rotacya ramienia prawie prawidłowe, podniesienie do linii poziomej możliwe.

Luxatis coxae inveterata.

Rok 1897. Iwan Sawczyszyn, 36 lat, wieśniak. Z końcem września 1896 r. spadł z drzewa. Po upadku nie mógł wstać o własnych siłach, gdyż stracił władzę w prawej nodze. Wystąpił silny obrzęk w okolicy prawego stawu biodrowego, oraz silna bolesność. Kilka miesięcy przeleżał w łóżku i dopiero po upływie roku zaczął chodzić przy pomocy laski.

Stan obecny 18 grudnia 1897. Mięśnie prawej dolnej kończyny zanikłe, noga skrócona, przybliżona i skręcona ku wewnątrz. Prawy krętarz wielki 6 ctm. powyżej linii Nélaton-Rosera. Główka kości udowej przesunięta ku górze i ku tyłowi wypukla bardziej prawy pośladek i jest wymacalna. Czynne ruchy w prawem biodrze, zniesione; przy ruchach biernych można wyczuć tarcie główki o kość biodrową;

[9]) III tom Reclus Duplay, pag. 140.
[10]) Bulletin de la Soc. de Chir., 1864, pag. 121.
[11]) Bardenheuer, II. p. 392.
[12]) Duplay Reclus. I, III, p. 220.
[13]) Beiträge zur klin. Chirurgie, t. 20. Zeszyt 3.

ruchy te są bardzo nieznaczne, główka w położeniu nieprawidłowem silnie umocowana.

Leczenie. Z powodu przeszło 15-stomiesięcznego trwania zwichnięcia, zaniechano prób natychmiastowego odprowadzenia. Założono wyciąganie sposobem Volkmanna. Po czterech tygodniach dnia 25 stycznia 1898, w uśpieniu chloroformowem, porozrywano zapomocą taraudage zrosty, odprowadzono główkę i ustalono kończynę sposobem Paciego w opatrunku gipsowym, po założeniu którego chory mógł chodzić.

Po miesiącu zdjęto pierwszy opatrunek, nogę wyprostowano w stawie biodrowym i kolanowym, skręcono nieco ku zewnątrz i założono w tem położeniu drugi opatrunek gipsowy. Przy zmianie opatrunku stwierdzono, że krętarz wielki znachodził się o $2^1/_2$ ctm. powyżej linii Nélaton-Rosera, odprowadzenie więc nie udało się w zupełności. W kwietniu 1898 przyszedł chory powtórnie do kliniki, w celu zmiany opatrunku. Ruchomość w stawie biodrowym była minimalna, utykał nieco, mógł jednak po zdjęciu opatrunku przy pomocy laski wygodnie chodzić. Miał się jeszcze raz zgłosić do kliniki, nie pojawił się jednak.

R. 1897. Anna Kościuk, 36 lat, żona wieśniaka. Dnia 21 maja 1897 r., po przebyciu jedenastego połogu, gwałtownie się w łóżku obróciła, uczuła silny ból w lewem biodrze, od tej chwili nie mogła się utrzymać na lewej nodze i wystąpił bolesny obrzęk lewego biodra.

Stan obecny. Lewa noga skrócona w nieznacznem zgięciu, addukcyi i rotacyi ku wewnątrz. Lewy krętarz wielki 5 ctm. powyżej linii Nélaton-Rosera. Główka kości udowej lewej, z powodu wychudnięcia chorej, na kości biodrowej widoczna. Ruchomość czynna i bierna minimalne, tarcie główki o kość biodrową wyczuwalne.

Po upływie 166 dni od urazu spróbowano odprowadzenia niekrwawego w uśpieniu. Po przerwaniu zrostów odprowadzenie się udało, główka jednak bardzo łatwo z panewki się wyślizgała. Następnego dnia wystąpił silny obrzęk w okolicy stawu, bolesność i zaczerwienienie skóry w lewej pachwinie. Utworzony krwiak zropiał i po przecięciu oraz wytamponowaniu gazą jodoformową wygoił się po upływie trzech miesięcy. 26 lutego 1898 założono opatrunek gipsowy z żelaznem strzemieniem. Chora w nim mogła chodzić.

R. 1898. Chaskel Stroh, lat 42, zarobnik. Wypadł z wozu przed 7 miesiącami; od tego czasu nie mógł stanąć na lewą nogę. Podać nie umie, czy obrzęk znaczny wystąpił w okolicy biodra. Przez dwa miesiące leżał w łóżku, następnie zaczął chodzić przy pomocy laski, silnie chromając.

Stan obecny. 30 stycznia 1899. Lewa noga skrócona, wyprostowana, nieznacznie przybliżona i skręcona ku wewnątrz. Lewy krętarz wielki 5 ctm. powyżej linii Nélaton-Rosera. Mięśnie lewej dolnej kończyny wychudłe. Lewy pośladek bardziej wypukły, główka ku tyłowi i ku górze przesunięta, wymacalna, przez nowo wytworzone zrosty silnie utwierdzona. Ruchy czynne i bierne minimalne. Chory może chodzić bez pomocy laski, mocno jednak utyka. Ponieważ jest nadzieja, że czynność nogi przez jej używanie się polepszy, nie przystąpiono do zabiegu operacyjnego.

Luxatio cubiti.

R. 1899. Marya Szczerbak, lat 18, córka wieśniaka. Przed dwoma miesiącami wypadła z fury, przyczem sobie prawą rękę w stawie łokciowym zwichnęła.

Stan obecny. Kończyna prawa górna w stawie łokciowym zupełnie wyprostowana. Przedramię prawe w stosunku do ramienia znajduje się w silniejszej niż fizyologiczna abdukcyi. Zgięcie czynne możliwe do 140°, bierne do 120°. Pro- i supinacya przedramienia utrzymane. Przy oglądaniu i obmacywaniu linii stawowej można się przekonać, że wyrostek łokciowy leży o 3 ctm. wyżej. W zgięciu łokciowem wyczuwalna płaszczyzna stawowa kości ramieniowej, kłykcie zewnętrzny i wewnętrzny — prawidłowe.

Leczenie. Po rozerwaniu zrostów zapomocą taraudage, udało się w uśpieniu odprowadzenie metodą Rosera. Ustalono kończynę pod kątem ostrym w stawie łokciowym. Opatrunku nie zdejmowano dwa tygodnie. Po zdjęciu rozpoczęto ruchy bierne i czynne. Po kilku tygodniach przedstawiła się chora w klinice, ruchy w stawie łokciowym były prawidłowe.

Rok 1899. Jaryna Ilusak, lat 43, żona robotnika. Zgłosiła się 28 grudnia 1899 r. do kliniki. Przed 6 tygodniami została przejechana przez wóz. Wśród upadania podwinęła się jej lewa ręka w tył. Wystąpił bardzo bolesny obrzęk ręki w stawie łokciowym, od tej chwili nie mogła jej zgiąć.

Stan obecny. Lewa ręka w stawie łokciowym ustalona pod kątem 160°, ruchy czynne zniesione, bierne w bardzo nieznacznym zakresie możliwe, lecz bolesne. Wyrostek łokciowy leży o dwa palce powyżej linii stawowej. Główka kości sprychowej zwrócona ku tyłowi i zewnątrz, widoczna i wymacalna. Płaszczyzna stawowa ramienia macalna w zgięciu łokciowem. Zarysy obu kłykciów niewyraźne.

Leczenie. Odprowadzenie niekrwawe nie udało się. Przystąpiono więc do otwarcia stawu. Dwa cięcia boczne metodą Olliera ułatwiły przystęp. Przy oglądnięciu stawu przekonano się, że zwichnięcie było powikłane z odłamaniem się obu kłykciów, które następnie przesunęły się ku tyłowi i ku górze i przyrosły na miejscu nieprawidłowem. Wykonano więc resekcyę częściową stawu, z kości ramieniowej odpiłowano kawałek długości 5 ctm., kości przedramienia nie naruszono. Ranę zeszyto i założono opatrunek ustalający ramię w położeniu wyprostowanem. Przy każdym następnym opatrunku ustalano ramię pod kątem coraz ostrzejszym. Po trzech tygodniach rozpoczęto ruchy bierne w stawie łokciowym. Po czterotygodniowem leczeniu w klinice wypisano chorą na jej własne żądanie. Dotąd nie pokazała się w ambulatoryum.

Rok 1899. Fed Bereziuk, lat 11, syn wieśniaka.

Przed trzema i pół miesiącami, potrącony silnie przez drugiego chłopaka, upadł na lewą rękę i od tego czasu zginać jej nie może.

Stan obecny. Lewa ręka wyprostowana. Zgięcie czynne w stawie łokciowym niemożliwe; przy ruchach biernych nieznaczna ruchomość. Pro- i supinacya — upośledzona. Wyrostek łokciowy przesunięty o 2 ctm. powyżej linii stawowej. Główka kości sprychowej sterczy ku zewnątrz i ku tyłowi. Płaszczyzna stawowa kości ramieniowej widoczna i macalna w zgięciu łokciowem. Obrysy kłykcia wewnętrznego bardziej zaokrąglone, niż po stronie prawej, rowku nerwu łokciowego wyczuć niepodobna.

Leczenie. Próbowano w uśpieniu odprowadzenia niekrwawego metodą Rosera. Zapomocą taraudage przerwano zrosty. Przy stopniowem wyciąganiu, zanim doszło do kąta 140°, nastąpiło odłamanie wyrostka łokciowego. Zaprzestano dalszych prób, założono okład wysychający. Po upływie dziesięciu dni przystąpiono do operacyi.

Cięcie podłużne po obu stronach sposobem Olliera. Po otwarciu stawu stwierdzono odłamanie kłykcia wewnętrznego, wyrostka łokciowego i złamanie kości ramieniowej w linii chrząstki nasadowej. Odłamki kości usunięto, powstało skrócenie o 3 ctm., kości przedramienia nie resekowano. Ranę zeszyto i założono opatrunek ustalający.

Po trzech tygodniach przystąpiono do ruchów biernych. Obecnie, to jest po upływie sześciu tygodni, ruchy bierne dają się łatwo wykonywać w zakresie fizyologicznym. Ruchy czynne wykonuje jeszcze w małym zakresie z powodu bolesności.

Rok 1899. Modest Kozak, uczeń gimnazyalny, lat 11. Przed 5-ciu tygodniami przy mocowaniu się upadł na lewą rękę, przywalony przez swego kolegę. Wystąpił silny ból i od tej chwili ręki nie zginał. Zaraz po urazie próbowano zwichnięcie odprowadzić, jednak bezskutecznie.

Stan obecny. Lewa ręka zgięta w stawie łokciowym pod kątem 130°, zgięcie lub wyprostowanie czynne niemożebne. Pro- i supinacya utrzymane. Wyrostek łokciowy wystaje o 2 ctm. powyżej linii stawowej. Płaszczyzna stawowa kości ramieniowej wypełnia zgięcie łokciowe. Główka kości sprychowej przesunięta ku tyłowi i ku wewnątrz. Obrysy obu kłykciów prawidłowe.

Leczenie. Po rozległem rozerwaniu zrostów zapomocą taraudage, udało się odprowadzenie w uśpieniu sposobem Rosera. Rękę ustalono pod kątem ostrym w stawie łokciowym. Chory ma się zgłosić za dwa tygodnie.

Luxatio genus posterior incompleta.

Rok 1897. Daniel Chrzanowski, lat 29, murarz. W roku 1897 dnia 27 sierpnia spadł z rusztowania 2 metry wysokiego. Miał uczucie, jakby mu się coś w kolanie lewem przerwało, od tej chwili nie mógł stanąć na lewą nogę. Wnet wystąpił obrzęk bolesny i zabarwienie sine skóry poniżej i nad kolanem. 24 listopada, t. j. po 91 dniach przybył na klinikę.

Stan obecny. Lewa noga wyprostowana, jej mięśnie wychudłe. Kłykcie kości udowej przesunięte ku przodowi, zewnętrzny bardziej niż wewnętrzny. Rzepka lewa przesunięta ku górze. W zgięciu kolanowem można wymacać tylną zewnętrzną część płaszczyzny stawowej kości

goleniowej. Lewa stopa skręcona nieco na zewnątrz. Ruchy czynne w stawie kolanowym zniesione. Przy ruchach biernych zgięcie i wyprostowanie w małych granicach możliwe, bolesne, abdukcya nieprawidłowa.

Leczenie. Odprowadzenie w uśpieniu udało się tylko niezupełnie, gdyż nie rozerwano więzadła zewnętrznego. Wystąpiły znaczne wynaczynienia i obrzęk w okolicy stawu. Chcąc spróbować powolnego odprowadzenia, zastosowano wyciąganie i przeciwwyciąganie sposobem Volkmanna i podłożono worek z piaskiem poniżej kolana. a drugi ciężki położono na udo powyżej kolana. Z powodu silnych bólów po tygodniu zaniechano tego sposobu i przystąpiono w lutym 1898 r. do resekcyi stawu kolanowego sposobem Guepratta z utrzymaniem rzepki. W kwietniu nastąpiło stężenie kostne, chory opuścił klinikę w opatrunku gipsowym ze strzemieniem. W maju się zgłosił, zdjęto opatrunek gipsowy i założono tutor z organtyny nakrochmalonej. Skrócenie nogi mało widoczne, chód pewny.

VI. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

Przyczynek do laparotomii ginekologicznych

podał

Dr. Fr. Slęk

elew kliniki.

Chirurgia jamy brzusznej pozostanie na zawszę bardzo zajmującą dla chirurga. Składa się na to wiele przyczyn, że wspomnę tylko o trudnościach rozpoznawczych i niespodziankach, jakie czasami wikłająca się nieprzewidywanemi trudnościami operacya przedstawiać może. Zaczem przyjmujemy chętnie do naszej kliniki chore z guzami jamy brzusznej wszelkiego rodzaju, a więc i z guzami części rodnych.

Ztąd nagromadził się u nas w przeciągu dwóch lat istnienia kliniki lwowskiej materyał dość pokaźny, na który przypada przeszło 30 operacyj ginekologicznych, a w tem 24 laparotomij, które poniżej mam zamiar rozpatrzyć, oświetlając rzecz ze strony chirurgicznej i kładąc główną wagę na mięśniako-włókniaki macicy, gdyż, jak o tem bieżące piśmiennictwo poucza, niema dotychczas zgody ogólnej, co do wyboru metody operacyjnej w każdym poszczególnym przypadku. Uprzedzam, że nie pokuszę się o to, abym miał wysnuwać ogólne wnioski; zadowolniony będę, jeżeli mi się uda, ilustrując tekst jaknajkrótszymi wyciągami z historyi chorób, obejmującymi tak chore kliniczne, jak i chore z praktyki prywatnej mego Szefa, Pana Radcy Dworu Prof. Rydygiera, skreślić zasady, jakiemi kierujemy się w naszej klinice, a które wydały tak świetny wynik, że na 30 przypadków, z których niektóre były bardzo trudne, nie mieliśmy ani jednego zejścia śmiertelnego. Po skreśleniu zatem ogólnych uwag co do techniki otwarcia jamy brzusznej (których zresztą trzymamy się i w każdym innym przypadku laparotomii), opiszę po kolei włókniako-mięśniaki, oraz raki macicy i zakończę rzecz opisem operacyi torbieli, wychodzących z jajnika i przyjajnika.

I.

W rozprawce, „Kilka uwag o nowszych dążeniach celem wydoskonalenia opatrywania ran“ (*Medycyna*, Grudzień, 1898) skreślił Prof. Rydygier szczegółowo zasady naszego postępowania wobec laparotomii. Nie od rzeczy będzie powtórzyć je tu w najogólniejszych zarysach, gdyż jak pouczają prace Trzebickyego, Drobnika i inn., uwagi te były i są na czasie. Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że zasadniczo nie obstajemy przy tem, aby laparotomie wykonywać w umyślnie do tego celu urządzonych pokojach, klinikach, szpitalach etc. Niektóre owaryotomie i myomektomie wykonywane były w domach prywatnych, wśród bardzo niekorzystnych warunków, rzec można prawie w brudnej komórce pod schodami, a mimo to przebieg pooperacyjny był idealnym. Operowanie wśród takich warunków jest jedynie niewygodnem dla operatora, który ogromnie wytężyć musi uwagę, aby nie popełnić najmniejszego błędu w postępowaniu aseptycznem, w szczególności zaś postarać się o dokładne wyjałowienie pola operacyjnego i wszystkiego tego, co z raną, względnie jamą otrzewnową, ma się stykać. Zatem na dzień przed operacyą każemy chorej wykąpać się w ciepłej wodzie i dokładnie mydłem zmyć powłoki brzuszne. Po kąpieli zakładamy na brzuch okład wysychający z płynu Burowa. Ten działa dostatecznie przeciwgnilnie i dokładnie rozmiękcza powierzchowne warstwy naskórka, nie narażając chorej na zatrucie. Z tych powodów nie używamy do okładów, ani sublimatu, ani formaliny. Gdyż jakkolwiek jesteśmy przekonani o działaniu przeciwgnilnem tych płynów, obawiamy się, aby sublimat wessany nie sprowadził zatrucia, a pary formalinowe, wdychiwane, nie zadrażniły błony śluzowej oskrzeli, czego się obawiamy ze względu na tak częste zapalenia nieżytowe płuc po laparotomiach. Drugi zarzut, jaki formalinie czynimy, jest ten, że nie rozmiękcza naskórka, lecz przeciwnie stwardnia go. Skłonni zaś jesteśmy przypisywać korzystny wpływ wyjaławiający okładów właśnie owemu działaniu rozmiękczającemu naskórek. Kiedy bowiem na następny dzień po dokładnem namydleniu powłok i wytarciu ich wiórami, zbieramy mydło brzytwą, pewni jesteśmy, że równocześnie usuwamy i warstwy powierzchowne naskórka, w których gnieżdżą się bakterye. Zmydlanie to powtarzamy kilkakrotnie, golimy dokładnie włosy na wzgórku łonowym i szczególną uwagę zwracamy na bliznę pępkową, z której mechanicznie wydobywamy obficie zwykle nagromadzony brud. W końcu mydło zmywamy ciepłym roztworem sublimatu (1:1000), skórę wycieramy dokładnie eterem i alkoholem, powtórnie zlewamy sublimatem i wreszcie całe pole operacyjne osłaniamy kompresami, maczanymi w sublimacie.

Podaniem olejku rącznikowego na kilkanaście godzin przed operacyą staramy się u mających być operowanemi o dokładne wypróżnienie jelit.

Jamę brzuszną otwieramy w smudze białej i pamiętamy zawsze o tem, aby ku dołowi doprowadzić cięcie aż do spojenia łonowego, ba, nawet nacinamy przyczepy mięśni prostych, względnie piramidalnych, gdzie trzeba operować głęboko w miednicy małej, to bowiem obok położenia pochyłego Trendelenburga znakomicie ułatwia dostęp do niej. Blizna, jaka po tem cięciu pozostaje, nie daje wprawdzie bezwzględnej pewności co do późniejszych przepuklin. Obawiać się ich należy zwłaszcza u kobiet, u których rozstęp mięśni prostych, wywołany poprzedniemi ciążami, do reguły niemal należy. Żadne jednak inne cięcie nie daje tak swobodnego przystępu do guzów, wyrastających z części rodnych wewnętrznych. Kilka razy, idąc za radą Wołkowicza, sta-

raliśmy się odsłonić pochewki mięśni prostych i zeszyć te mięśnie bezpośrednio ze sobą brzegami wewnętrznymi. Nie mogę osądzić, o ile zabieg ten zdoła zapobiedz tworzeniu się przepuklin brzusznych; wiem jednak, że zawsze jest zabiegiem większym i kłopotliwym, a tam, gdzie podściółka tłuszczowa obficie jest rozwiniętą, a mięśnie proste tworzą, cienką, jakkolwiek szeroką, wstęgę, prawie niemożliwym do wykonania. Cięcia w innych okolicach, jak zalecane przez Wołkowicza *(Archiv f. klin. Chir.*, T. 57, Z. 4) cięcie równoległe do przebiegu włókien mięśnia prostego lub jeszcze inne, chwalone też przez Becka w New-Yorku, równoległe do więzadła Pouparta i drążące na tępo przez warstwy mięśniowe, niewątpliwie pewniejsze, do tego celu się nie nadają. Starano się dalej niepewność blizny pomniejszyć specyalnem zakładaniem szwów. U nas z czasem wyrobiła się następująca metoda. Przez całą grubość powłok brzusznych, w odstępach 5—6 ctm. zakłada się szwy jedwabne grube, przyczem przestrzegamy przepisów Passavanta i Fritscha, t. j. że w szew zachwytujemy mało otrzewnej, dużo mięśnia i znów mało skóry (Passavant), a igłą przekłówamy od jamy otrzewnowej ku skórze (Fritsch). Fritsch bowiem, jak wiadomo, zwrócił uwagę, że przekłówając igłą od skóry w głąb, natrafić możemy na gruczoł łojowy lub torebkę włosową i z niej zawlec bakterye w głąb przewodu szwu. Szwów tych na razie nie zawiązujemy, lecz poprzednio jeszcze zaszywamy otrzewnę szwem katgutowym ciągłym i, w miarę postępu tego ostatniego, zawiązujemy szew jedwabny, bacząc, by pomiędzy brzegi rany nie wsunęła się sieć lub pętla jelita itp. W końcu zakładamy szew ciągły katgutowy na skórę. Dzięki takiemu postępowaniu wyjątkowo widujemy ropienie w szwach jedwabnych, nigdy katgutowych. Łagodny jednak przebieg ropienia każe się nam domyślać, że chodzi tu w przeważnej części o ropienie bez współudziału swoistych bakteryj, o ropienie wywołane obumarciem miejscowem tkanek, spowodowanem uciskiem przez szew (Poppert). Po wyjęciu nitki, bez dalszych zabiegów, jamka po ropieniu zamyka się w przeciągu kilku dni.

Podczas operacyi osłaniamy jelita okładami, maczanymi w ciepłym rozczynie kw. borowego, chroniąc je przed zakażeniem, oziębieniem i wyschnięciem. Po operacyi przeglądamy dokładnie jamę brzuszną, każde miejsce krwawiące opatrujemy dokładnie podwiązką z jedwabiu (wyjałowionego przez wygotowanie w 5% rozczynie kwasu karbolowego) i jak najskrupulatniej wydalamy skrzepy krwi. Do podwiązek w jamie brzusznej z zasady używamy jedwabiu, a unikamy katgutu. Obawiamy się bowiem, aby ten ostatni, pęczniejąc i stając się oślizłym, nie spełzł z naczynia. Taki bowiem krwotok, trudny potem do zatamowania, może się stać przyczyną śmierci operowanego, a o śmierć z tej przyczyny w pierwszym rzędzie winić należy operującego. Troskliwie zaszywamy w końcu wszelkie luki i szczeliny w ciągłości otrzewnej wyścielającej jamę brzuszną, aby zapobiedz tworzeniu się zaułków i zrostów, które na razie, obniżając odporność otrzewnej, czynią ją skłonniejszą do spraw zapalnych, zakaźnych a w przyszłości przyczynić się mogą do odgięcia, zaciśnięcia, lub uwięźnienia jelita, t. j. sprowadzić niedrożność przewodu pokarmowego.

Mimo rozległego użycia w laparotomiach miejscowego znieczulania sposobem Schleicha, wszystkie operacye ginekologiczne wykonywaliśmy w ogólnem uśpieniu chloroformem.

Do tego postępowania skłaniały nas różne powody. Doświadczenie pouczyło nas, że kobiety wogóle o wiele lepiej znoszą wszelkie zabiegi w jamie brzusznej, niż mężczyźni, a w szczególności o wiele rzadziej u kobiet stwierdzamy zapalenie płuc po laparotomii. I jakkolwiek szczegółowej przyczyny tego nie znamy, pojmujemy rzecz dobrze. Wszakżeż jama brzuszna w życiu płciowem kobiety, specyalnie zaś w akcie rozrodczym, na tyle urazów narażona musiała z czasem uzyskać ogólnie większą odporność, niż u mężczyzn! Potem operacye te bywają albo tak łatwe, jak n. p. niepowikłana owaryotomia, że krótkotrwałe uśpienie zgoła żadnego wpływu szkodliwego w kierunku usposobienia do powstania zapalenia płuc wywrzeć nie może, lub też, gdy są zrosty (np. torbiele jajnikowe zropiałe lub cechy nowotworu złośliwego nabierające włókniako-mięśniaki), to tak rozległe, że uśpienie ogólne, staje się konieczne, jeżeli już nie na to, aby ułatwić operacyę, to aby oszczędzić chorej nadzwyczajnych bólów. Przy wyjmowaniu zaś macicy przez pochwę metoda Schleicha dałaby bardzo nie pewne wyniki. Wszystko to skłania nas do ogólnego stosowania uśpienia chloroformowego i to tem śmielej, że nigdy nie zauważyliśmy żadnego niepomyślnego wyniku dla chorej, któryby choć w najdalszym związku pozostawał z uśpieniem.

Leczenie pooperacyjne, w przypadkach niepowikłanych, jest bardzo proste. Po 24 godzinnym ścisłym poście, którym staramy się zapobiedz przykrym i niepożądanym wymiotom po chloroformie, przez kilka pierwszych dni chora otrzymuje jeno pokarmy płynne, a potem stałe pożywne, lecz lekkostrawne. Stolce w pierwszym tygodniu sprowadzamy lewatywami, potem olejkiem rącznikowym lub wodą gorzką. W 2 tygodnie po operacyi wyjmujemy szwy jedwabne, a w początku czwartego tygodnia chora opuszcza łóżko, otrzymawszy pas na brzuch. Czy takie postępowanie dostatecznie chroni operowane od wytworzenia się przepukliny brzusznej, trudno nam osądzić. Wiemy tylko tyle, że żadna z chorych, w przeciągu dwóch lat w tutejszej klinice operowanych, nie zgłosiła się do nas z przepukliną.

II.

Po tych ogólnych uwagach przystępuję wedle nakreślonego planu do części szczegółowej i rozpoczynam od włókniako-mięśniaków macicy. Z tymi nowotworami przyjęliśmy do kliniki i leczyli chorych 14, a mianowicie:

L. p.	Nazwisko i wiek chorej	Szczegóły ze »stanu obecnego« i rozpoznanie	Operacya i stosunki podczas niej znalezione	Uwagi i przebieg pooperacyjny
1	T. W. 39 lat	Guz wielkości cytryny, wyrastający z tylnej ściany macicy i wrastający w więzadło szerokie lewe. Rozpoznanie: *Fibromyoma.*	Przez laparotomię wyłuszczono guz wielkości pięści z pomiędzy blaszek więzadła. Macicę i części dodatkowe pozostawiono nietknięte.	Po operacyi chora gorączkowała. D. 2-go wystąpiły objawy niedrożności przewodu pokarmowego, które po 2 dobach ustąpiły pod wysokiemi wlewaniami. Opuściła klinikę po 40 dniach.

L. p.	Nazwisko i wiek	Szczegóły ze »stanu obecnego« i rozpoznanie	Operacya i stosunki podczas niej znalezione	Uwagi i przebieg pooperacyjny
2	B. F. 45 l.	Trzy guzy wielkości małego jabłka i kilka mniejszych. Rozp.: *Fibromyomata intramuralia.*	*Exstirpatio uteri et adnexorum per vaginam m. Doyen.*	Przebieg bezgorączkowy i bez zaburzeń. Chora opuszcza klinikę po miesiącu.
3	K. S. 42 l.	Guzy wypełniają całą miednicę. Macica powiększona dosięga szczytem linii przechodzącej przez pępek. Rozp.: *Fibromyomata interstitialia.*	*Exstirpatio uteri myomatosi, per vaginam m. Péan-Richelot - Doyen „par morcellement“.*	Chora już po 10 dniach opuściła klinikę. W d. c. leczyła się poza kliniką. Wyleczona.
4	D. S. 55 l.	*Fibro-myosarcoma uteri, metastases in gland. lymph. inguinum, axillarum et recti.*	*Observatio.*	
5	M. J. 27 l.	Guzek w macicy wielkości orzecha włoskiego. Rozp.: *Fibromyoma uteri intramurale, endometritis et colpitis gonorrhoica, tumor ovarii d. cystitis.*	*Observatio.*	Leczona następnie przez specyalistę metodą Apostolego; włókniak zanikł zupełnie.
6	S. L. 52 l.	Guz wielkości pięści ruchomy, wychodzący z tylnej ściany macicy. Rozp.: *Fibromyoma submucosum.*	*Enucleatio fibromyomatis per vaginam.*	Przebieg bezgorączkowy. Opuściła klinikę po miesiącu.
7	K. R. 29 l.	*Fibromyoma uteri intraligamentosum*(?)	Na proponowaną operacyę nie zgodziła się.	
8	W. K. 49 l.	Macica z guzami sięga do linii pępkowej. Rozp.: *Fibromyomata.*	*Amputatio uteri supravaginalis m. Péan.*	Nie rodziła i nie roniła. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Opuszcza klinikę po 6 tygodniach.
9	M. W. 45 l.	Guz wielkości głowy dorosłego mężczyzny. Rozp.: *Fibromyomata subrecosa et intramuralia.*	*Amputatio uteri supravaginalis m. Péan.*	Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń. Wypisana z kliniki po 6 tygodniach.
10	M. F. 18 l.	2 guzy wielkości głowy noworodka. Lewy zrośnięty z talerzem biodrowym. Rozp.: *Fibrosarcoma uteri.*	*Casus inoperabilis.*	
11	C. R. 31 l.	*Fibromyoma uteri et cystis dermoidatis parovarii.*	*Exstirpatio uteri et ovariectomia m. Doyen (per vaginam).*	Przebieg bez powikłań. Opuściła klinikę po 4 tygodniach.
12	M. J. 45 l.	Guz przekraczający szczytem linią pępkową. Rozp.: *Fibromyomata.*	*Exstirpatio uteri m. Freund-Rydygier.* Operacya trudna z powodu zrostów z jelitami.	Przebieg pooperacyjny powikłany przemijającem zapaleniem pęcherza. Po 4 tygod wypuszczona z kliniki. Wyleczona.
13	L. B. 36 l.	Guz wielkości głowy dorosłego człowieka. Rozp.: *Fibromyomata.*	*Exstirpatio uteri m. Freund-Rydygier.* Podczas operacyi znaleziono nadto torbiel jajnikowy.	Po operacyi gorączkowała skutkiem zapalenia w szwach powłok brzusznych i w szwach, jakimi tym razem zaszyto pochwę. Po wyjęciu szwów z pochwy i zapewnieniu swobodnego odpływu ropie, gorączka opadła. Wyleczona.
14	K. K. 35 l.	Guz sięgający powyżej pępka. Rozp.: *Fibromyomata intramuralia.*	*Amputatio uteri supravaginalis m. Péan.*	Ropienie w szwach brzusznych. Wyleczona po 4 tygodniach.

Po odtrąceniu 4 przypadków, w których zabieg operacyjny był albo niemożliwy do przeprowadzenia (p. tabl. Nr. 4 i 10), albo niepotrzebny (N. 5), lub spotkał się z odmową chorej (N. 7), operowaliśmy z powodu włókniakomięśniaków 10 razy i wykonaliśmy: 1) wyłuszczenie samego tylko włókniaka z więzadła szerokiego po otworzeniu jamy brzusznej 1 raz; 2) wyłuszczenie zajętej macicy wraz z częściami dodatkowemi przez pochwę sposobem Doyena 2 razy; 3) *„par morcellement“* m. Péan-Doyen-Richelota 1 raz; 4) wyłuszczenie włókniaka podśluzowego przez pochwę 1 raz; 5) *amputatio supravaginalis uteri myomatosi* m. Péana 3 razy i 6) całkowite wyjęcie macicy z przydatkami sposobem Freund-Rydygiera — 2 razy.

Same liczby mówią za siebie. Jeżeliśmy w 10 przypadkach operowanych użyli 6 różnych metod, najlepszy to dowód, że ściśle indywidualizujemy, zastosowując dokładnie metodę operacyjną do jakości przypadku. I kierujemy się w wyborze metody tem przeważnie, aby, zapewniając operowanej zupełne zdrowie, nie pozbawiać jej bez koniecznej potrzeby możności płodzenia, o ile ta jeszcze u danej osoby istnieje.

Nadużyłbym cierpliwości czytelnika, gdybym chciał szczegółowo wyłuszczać zasady, jakiemi się powodujemy w wyborze sposobu leczenia i metody operacyjnej. Przed kilkoma laty wyłuszczył je Prof. Rydygier *(Pamiętnik VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, Lwów, 1895)*, a w ostatnich czasach pisano o tem szeroko i długo ze stron fachowych, że wymienię tylko Olshausena, Bumma *(Beitr. z. Gbrtshl. u. Gynekol.)* i Küstnera *(Berl. Klinik 125)* i wreszcie treściwy „rzut oka“ na tę sprawę A. Sołowija *(Przgl. lek. 1899, Nr. 16)*. Streszczając się, tyle powiedzieć możemy, że wszędzie tam, gdzie pojedynczy włókniako-mięśniak usadowił się tak, że go łatwo, z zachowaniem całego narządu płciowego, wydalić można, wydobywamy go, czy to przez

pochwę (włókniaki podśluzowe), czy też po wstępnem otwarciu jamy brzusznej (guzy podsurowicze). Gdzie jednak włókniaków jest wiele, zwłaszcza śródmiąższowych i istnieje wskazanie do operacyi, lub też gdzie słusznie podejrzywamy, że nowotwory te przybierają cechę złośliwych, wyjmujemy macicę całą. Pierwszeństwo dajemy operacyom przez pochwę i tą drogą wydobywaliśmy guzy nawet znaczne, bo sięgające do pępka, posługując się rozkawałkowywaniem nowotworu. Kiedy jednak spodziewamy się znaleźć duże trudności podczas zabiegu i gdy mamy do czynienia z chorą niedokrewną, dla której długość trwania uśpienia chloroformowego nie jest rzeczą obojętną, wolimy operować od jamy brzusznej i zastosować albo amputacyę nadpochwową macicy sposobem Péana, lub też całkowite jej wycięcie metodą Freund-Rydygiera. I nie stawiamy pytania tak, jak Küstner: „Totalexstirpation oder supravaginale Amputation?“; lecz staramy się wynaleźć wskazania dla jednej lub drugiej metody. U kobiet, które nie rodziły i u których pochwa jest wązka i mało rozciągliwa i u niewiast bardzo wyniszczonych, gdzie na pośpiechu zależy, wykonywamy histerektomię nadpochwową. Gdzie zaś podejrzywamy, że włókniaki przybrały charakter nowotworów złośliwych, gdzie nowotwory schodzą tak nizko, że niemal szyjkę zajmują i oczywiście w każdym tym przypadku, w którym w szyjce rozwija się rak, wykonywamy całkowite wyjęcie macicy, czy to przez pochwę, czy też sposobem Freund-Rydygiera. W odpowiednim przypadku możnaby zastosować modyfikacyę tej ostatniej metody, podaną przez Sołowija (l. c.).

Z naszych operowanych nie straciliśmy ani jednej. Wszystkie w zupełnie pomyślnym stanie zdrowia opuściły klinikę. Odpowiednio do takiego wyniku i przebieg pooperacyjny był wcale gładkim. W historyach chorób zanotowaliśmy jedynie u chorej W. K. (Nr. 8) nagłe wystąpienie objawów, opisywanych w przebiegu histeryi, w których przeważały częste omdlenia i które skłonni jesteśmy przypisać wydaleniu zupełnemu części rodnych wewnętrznych (byłyby-to zatem t. z. *Ausfallserscheinungen)*, ustąpiły bowiem po kilku dniach wśród podawania tabletek z owaryiny.

Po operacyach przez pochwę, przy których nigdy nie używamy kleszczyków do tamowania krwotoku, lecz zawsze podwiązek jedwabnych, ścian pochwy nie zaszywamy, tylko tamponujemy ją dokładnie gazą jodoformową. Natomiast zaszywamy otrzewnę ponad sklepieniem, choćby tylko kilku szwami. Raz zrobiliśmy wyjątek z tej reguły u chorej L. B. (Nr. 13) i po operacyi pochwę zaszyliśmy. Po kilku jednak dniach, kiedy chora gorączkowała i nie było można znaleźć w narządach wewnętrznych żadnej zmiany, któraby stan gorączkowy tłomaczyła, wyjęliśmy szwy z pochwy, gojącą się już ranę otworzyliśmy napowrót i znaleźliśmy ropień otorbiony ponad pochwą. Poczem chora przestała gorączkować.

III.

W obec włókniako-mięśniaków biedzić się musimy nad pytaniem, czy trzeba operować, czy nie; a gdy pytanie wypadnie potwierdzająco, czeka nas nowy kłopot, jaką wybrać metodę? W obec raka macicy pytania te odpadają, — operatorowi pozostaje tylko rozstrzygnąć, czy można jeszcze operować? Do wielu skarg, odzywających się ze wszystkich stron świata i my swoją, jednobrzmiącą z tamtemi, dołączyć musimy; czemu chore tak późno zgłaszają się do chirurga z żądaniem pomocy! I nie wiemy kogo winić, czy lekarzy, czy same chore. Zdaje się, że wina ciąży raz po jednej, innym razem znowu po drugiej stronie. Rozpoznanie w samych początkach trudne, nieraz bardzo trudne. Często wątpliwą sprawę rozstrzyga dopiero „mędrzec ze szkiełkiem w oku“. Niestety, nie każdy lekarz ma mikroskop i nie każdy posiada dostateczną biegłość w mikroskopowaniu. Nie kusząc się o rozstrzygnięcie tych rzeczy niepewnych i oszczędzając czytelnikowi litanii uwag, jakieby *à propos* tego wypisać można, zaznaczam fakt, że z kilkunastu kobiet, które w klinice szukały pomocy z powodu raka macicy, zaledwie u trzech pokusić się można było o operacyę radykalną, już przed operacyą stawiając bardzo wątpliwe co do nawrotu rokowanie, które zbyt rychło w jednym przypadku się sprawdziło. Wszystkie trzy przypadki dalekimi były od ideału Olshausena. A szkoda. Wiemy bowiem, że w korzystnych przypadkach osiągnąć można trwałe wyleczenie. Dotychczas żyją i dobrem cieszą się zdrowiem pomiędzy innymi trzy dobrze nam znane pacyentki z praktyki prywatnej Prof. Rydygiera, którym wyjął macicę z powodu raka przed 9-ma, 7-ma, względnie 4-ma laty.

Jak już nadmieniłem, operowaliśmy przez przeciąg 2 lat 3 przypadki raka szyjki macicy, t. j.:

L. p.	Nazwisko i wiek	Szczegóły ze »stanu obecnego« i rozpoznanie	Operacya i stosunki podczas niej znalezione	Uwagi i przebieg pooperacyjny
1	T. D. lat 37	Owrzodzenie ogranicza się ściśle do części pochwowej Rozp: *Carcinoma cervicis uteri*	*Exstirpatio uteri per vaginam*	Wyleczona po 35 dniach
2	H. S. l. 58	Owrzodzenie przechodzi z szyjki na tylną ścianę pochwy Rozp. *Carcinoma uteri*	*Exstirpatio uteri per vaginam* Rak zajmował także przednią ścianę odbytnicy, dochodząc do błony śluzowej.	Wyleczona po 6 tygodniach. Śmierć w 4 miesiące później z powodu miejscowego nawrotu cierpienia
3	O. S. l. 50	Sklepienie boczne lewe węższe niż prawe. Rozp. *Carcinoma cervicis uteri*	*Exstirpatio uteri per vaginam*	Wyleczona po miesiącu.

W technice operacyjnej nie trzymamy się ściśle przepisów Doyena. Na więzadła szerokie zakładamy podwiązki jedwabne, pochwę tamponujemy i oczekujemy póki podwiązki nie wyropieją. Następuje to zwykle po 3—4 tygodniach.

Mała ztąd dla nas pociecha, że wszystkie operowane wyszły gładko i obronną ręką z niebezpieczeństw operacyi. Jedna z nich umarła już w kilka miesięcy z powodu miejscowego nawrotu, a losy 2 innych bardzo niepewne. Sądzimy jednak, że i w takich nie zbyt świetnych przypadkach nie powinno się chorym odmawiać operacyi, kiedy są przekonane, że uleczenia spodziewać się mogą tylko z operacyi. Nieocenioną jest w pewnych warunkach złudna nadzieja, że się znów jest zdrowym!

IV.

Największą liczbę laparotomij ginekologicznych wykonaliśmy z powodu torbieli jajnikowych. Każdej chorej, która zgłosiła się do kliniki z powodu torbiela jajnikowego, proponowaliśmy operacyę i najczęściej spotykaliśmy się ze zgodą chorej. Bo tu nie ma wątpliwości, czy trzeba operować, czy nie. Pozostawiając torbiel w jamie brzusznej, narażamy dotkniętą niepotrzebnie na wielorakie niebezpieczeństwa, ryzyko zaś, jakie chora na siebie bierze, godząc się na laparotomię, obecnie jest tak minimalnem, że nie wahamy się nigdy gorąco zalecać w tych przypadkach operacyi. I nigdy nie mieliśmy sobie z tego powodu nic do zarzucenia, jak o tem świadczy następujące zestawienie.

L. p.	Nazwisko i wiek	Szczegóły ze »stanu obecnego« i rozpoznanie	Operacya i stosunki podczas niej znalezione	Uwagi i przebieg pooperacyjny
1	Z. M. lat 23	*Cystis dermoidalis ovarii dextri*	Owaryotomia. Podczas operacyi znaleziono włókniak wielkości orzecha laskowego na przodkowej ścianie macicy i wycięto go	Wyleczona
2	G. H. l. 15	*Cystis dermoidalis ovarii sinistri*	Owaryotomia. Skręcenie szypuły 2 r. naokoło osi	Wyleczona
3	A. T. l. 34	*Kystoma ovarii dextri*	*Ovariectomia* Szypułę opatrzono sp. Rosnera	Wyleczona
4	K. B. l. 35	*Kystoma ovarii dextri multiloculare*	*Ovariotomia.* Zrosty z jelitami rozdzielono	Wyleczona
5	S. G. l. 33	*Kystosarcoma ovarii sinistri*	*Ovariotomia*	Wyleczona
6	P. C. l. 30	*Kystoma parovarii duplex, hydrosalpinx sinistra*	*Ovariotomia.* Po stronie lewej torbiel wielokomorowy wrastał pomiędzy blaszki krezki jelit	Wyleczona
7	B. K. l. 30	*Kystoma ovarii sinistri; torsio*	*Ovariotomia.* Rozległe zrosty z jelitami. Szypuła okręcona 3 razy. Opatrzono ją sposobem Rosnera	Wyleczona
8	A. K. l. 56	*Kystoma ovarii utriusque; myoma fundi uteri subserosum*	*Ovariectomia duplex. Myomectomia.* Torbiel lewy okręcony $1^1/_2$ razy, zrosły z jelitami i z włókniakiem	Wyleczona
9	M. S.	*Cystis dermoidalis duplex. Torsio cystis sinistrae*	*Ovariectomia duplex.* Szypuła lewego torbiela okręcona $1^1/_2$ r. znaleziono w nim jakoby peruczkę z włosów jasnych. W torbielu prawym warkocz włosów ciemnych i kawałek szczęki z 3 zębami	Wyleczona
10	R. J. l 58	*Kystoma ovarii dextri ruptum*	*Ovariotomia.* Liczne zrosty z trzewami. Masa płynu galaretowatego, a w nim wiele ciał jakby ze zbitego włóknika, wielkości małych jabłek.	Wyleczona
11	A. N. l. 53.	*Kystoma ovarii dextri*	*Ovariectomia*	Wyleczona
12	J. K. l. 26	*Kystoma ovarii sinistri*	*Ovariotomia.* Zrosty ze ścianami miednicy	Wyleczona
13	P. B. l. 55	*Kystoma ovarii multiloculare*	*Ovariotomia*	Wyleczona
14	R. L. l. 28	*Cystis dermoidalis ovarii sin.*	*Ovariotomia.* W torbielu szczęka z zębami	Wyleczona
15	J. K. l. 49	*Kystoma ovarii utriusque et fibromyoma uteri*	*Ovariectomia duplex, enucleatio fibromyomatis subserosi.*	Wyleczona
16	K. K. l. 21	*Fistula in parietibus abdominis* (?)	*Cystis dermoidalis ovarii dextri.* Liczne bardzo zrosty z trzewami	Wyleczona
17	J. I. l. 12	*Kystoma ovarii dextri*	*Ovariotomia.*	Wyleczona
18	D. R. l. 46	*Kystoma ovarii dextri Torsio*	*Ovariotomia.* Szypuła okręcona 2 razy	Wyleczona

Naliczyliśmy zatem w tych 18 przypadkach 8 razy torbiel jednokomorowy, 2 razy wielokomorowy, 5 razy torbiel skórzasty, 1 raz torbiel wychodzący z *parovarium*, 1 raz torbiel jednokomorowy pęknięty i 1 raz *kystosarcoma.* W 5 przypadkach (na 18) znaleźliśmy szypułę okręconą, czemu towarzyszyły odpowiednie objawy podmiotowe i podczas operacyi znalezione zmiany anatomiczne. Rozpo-

znanie, tak w przeważnej liczbie przypadków łatwe, raz nie małe przedstawiało trudności i wyjaśnionem zostało dopiero podczas operacyi. Mówię o przypadku 16-stym. Mała przetoka w powłokach brzusznych, sącząca płyn ropiasty, wybitnie kałem cuchnący i od czasu do czasu wydobywające się z niej gazy, obok zupełnie niejasnych wywiadów i trudne stosunki przedstawiającego badania przedmiotowego, a bardzo nędznego stanu ogólnego chorej, kazała nam myśleć o przetoce kałowej i to prawdopodobnie na tle owrzodzeń gruźliczych. Dopiero po mozolnem otwarciu jamy brzusznej przekonaliśmy się, że chodzi o torbiel skórzasty, który z niewiadomych przyczyn przebił przez powłoki brzuszne, a skutkiem licznych zrostów z jelitami i dostępu powietrza atmosferycznego, treść jego nabrała woni kałowej i zaczęła gnić.

Operacya sama, z wyjątkiem wyżej nadmienionego przypadku i paru innych, nie była trudną. Utrudniają ją najczęściej zrosty z otoczeniem, rzadziej usadowienie się torbieli w więzadłe szerokiem lub wrastanie jej pomiędzy blaszki krezki. Jakkolwiek jednak było, nawet najtrudniejsze przypadki przebiegały po operacyi tak gładko, jak sobie tego tylko życzyć można było. Co do techniki samej operacyi, do tego, cośmy powyżej napisali, dodać tylko tyle mogę, że szypułę najczęściej opatrywaliśmy w ten sposób, żeśmy ją w kilku partyach podwiązywali jedwabiem, pamiętając tylko o tem, aby obie podwiązki brzeżne zabezpieczyć od obsunięcia się przez przeszycie jednego końca podwiązki igłą dośrodkowo od podwiązki. I nie widząc złych następstw po takiem postępowaniu, wyjątkowo tylko (2 razy) zaopatrzyliśmy ją tak, jak to swego czasu zalecał A. Rosner.

Jak wielka różnica między czasami obecnymi, a kilkanaście lat temu wstecz! Owaryotomia, którą dziś uważamy za tak niewinną operacyę i która z powodzeniem wykonywaną bywa nawet przez mniej wprawnych chirurgów, jeszcze z początkiem ery antyseptycznej dla dzielnych i najdzielniejszych chirurgów owego czasu była „octem i żółcią,“ mimo bowiem trosk niebywałych tracili jedną chorą po drugiej.

W końcu niechaj mi wolno będzie serdecznie podziękować Szefowi memu, Panu Radcy Dworu Prof. Rydygierowi za odstąpienie i pozwolenie ogłoszenia przypadków, leczonych w klinice i w Jego prywatnej praktyce, jak nie mniej za cenne wskazówki.

W roku bieżącym przypada 25-letni okres naukowej działalności Radcy Dworu prof. Dra **Ludwika Rydygiera.** *Asystenci i elewi lwowskiej kliniki chirurgicznej postanowili uczcić tę rocznicę swego szefa, a jednym z widomych znaków tych uczuć jest właśnie dzisiejszy numer „Przeglądu Lekarskiego“, cały wypełniony ich pracami, wykonanemi przeważnie w lwowskiej klinice chirurgicznej. Chętnie oddaliśmy ten numer na taki użytek, bo już samo ofiarowanie naukowego plonu z tej niwy, którą jubilat przez szereg lat uprawiał i siał ziarno, jest, według nas, najszczytniej pojętym jubileuszem i rzetelnie godnym ludzi nauki i wysokiej instytucyi naukowej. Lecz Redakcya „Przegl. Lek. niemniej jest pomną, że jubilat na szpaltach jej organu rozpoczynał piśmienniczą swą działalność i stosunek ten przez 25 lat pielęgnował; pomną jest i wdzięczną, że stworzył instytucyę „Zjazdów chirurgów polskich“, która w ruchu piśmienniczym stale zaznacza swój byt; pomną i wdzięczną za wykształcenie szeregu dzielnych chirurgów i pisarzy, już dziś zespolonych z wydawnictwem naszego pisma. Będziemy wyrazem uczuć nietylko naszych, lecz i naszych czytelników, jeśli na tem miejscu złożymy Czcigodnemu Jubilatowi gorące życzenie, oby w dobrem zdrowiu i swobodzie ducha żył długie lata, żył jak dotąd, zawsze pod nieskazitelnym sztandarem czci i godności osobistej i pod dotychczasowem hasłem pracy i nieograniczonego poświęcenia dla wyższych celów duchowych, na pożytek naszej nauki i chwałę naszego społeczeństwa.*

*(**Redakcya**).*

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Przeglądzie chirurgicznym* (Tom IV, zeszyt II): Skłodowskiego J.: O niedrożności przewlekłej kiszki cienkiej. Doc. dr. Ciechanowskiego St.: Badania anatomiczne nad niedomogą pęcherza i powiększeniem gruczołu krokowego u starców. W *Krytyce Lekarskiej* Nr. 5: Dr. Flauma M.: O popularyzowaniu medycyny. Likierta N.: Expertyza lekarsko-sądowa (c. d.). Giedroycia F.: Ochrona od zarazy morowej w Polsce (dok.). W *Medycynie* Nr. 18: Arnsteina F.: O wewnętrznem użyciu solanki ciechocińskiej i wskazaniach do stosowania tego środka (dok.). Dr. Funka: W sprawie istoty pryszczycy (eczema) i stosunku jej do innych cierpień skóry. W *Czasopiśmie lekarskiem* Nr. 5: Dr. Kolińskiego J.: O wpływie zażywania tabaki na oczy. Dr. Kruschego A.: Kilka słów o znieczulaniu miejscowem. Dr. Wojnicza A.: Dwie postacie zimnicy skrytej. Dr. Łazarowicza: Pomoc lekarska w fabrykach warszawskich (dok.). Dr. Tumpowskiego: Służba niższa w szpitalach dla obłąkanych. Dr. Sterlinga S.: Z wycieczki do uzdrowisk dla piersiowych (ciąg dal.). W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 18: Dr. Heimana T.: O chorobie Méniera. Dr. Józefowicza J.: Przypadek zakaźnego zapalenia wsierdzia pomyślnie zakończony. Grünbauma A.: Trzydzieści pięć przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego (dok.),

Redakcya otrzymała:

— Opis oddziału dla piersiowych przy szpitalu im. małż. Poznańskich w Łodzi (Odbitka z *Czasopisma Lekarskiego*, kwiecień, 1899).

— Dr. Flatau Ed.: Ueber die Localisation der Rückenmarkscentren für die Musculatur des Vorderarmes und der Hand beim Menschen. (Odbitka z *Archiv für Anatomie und Physiologie*, 1899).

— Dr. Glück Leopold: Rzut oka na dzieje trądu w czasach starożytnych, 1899.

— Tenże: Zur Statistik der erworbenen Syphilis bei Kindern und jugendlichen Personen. (Odbitka z *Wien. med. Wochensch.* Nr. 49, 1898 rok).

— Tenże: Ein Fall von Favus am Penis. (Odbitka z *Archiv f. Dermatologie und Syphilis*).

— Tenże: Gabriel d'Ayala über die Syphilis. (Odbitka z *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*).

— Tenże: Ueber die Ursachen und die Bedeutung der Eruptionen im Lepraprozesse. (Odbitka z *Dermatologische Zeitschrift*).

— Dr. Maleszewski Wł.: Przyczynek do określenia wpływu wody karlsbadzkiej na krążenie na podstawie doświadczeń klinicznych. (Odbitka z *Przegl. Lek.*, 1899).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 17 maja, o godzinie 6-tej wieczorem w klinice chirurgicznej posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) Kol. Dr. Zoll przedstawi przypadek chorobowy; 2) kol. Dr. Rutkowski przedstawi przypadki chorobowe z kliniki chirurgicznej; 3) Kol. Prof. Pieniążek wygłosi odczyt o leczeniu twardzieli tchawicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Na posadę lekarza c. k. kolei państwowych dla okręgu lekarskiego Kraków II z siedzibą w Krakowie, ogłasza się niniejszem konkurs.

Do powyższego okręgu lekarskiego przydzielony jest c. k. urząd ruchu w Krakowie, c. k. zarząd ogrzewalnin w Krakowie, jako też personal zajęty w biurach c. k. sekcyi konserwacyi Kraków I i II. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, w wyżej wymienionych działach służby zatrudnionych, jako też wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącemi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 1300 złr. i 500 złr. ryczałtu na fiakry rocznie. O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną osobliwie na oddziale położniczym i chirurgicznym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. opatrzone wnosić należy najdalej do 25 maja b. r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie, a i bliższych dotyczących informacyi zasięgnąć można w tutejszym oddziale I.

Posada powyższa obsadzoną będzie od 1-go lipca 1899 roku.

L. 1326.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Celem nadania posady lekarza okręgowego z siedzibą w *Krzeszowicach* w powiecie chrzanowskim.

Do okręgu tego należą gminy i obszary dworskie: Krzeszowice, Czatkowice, Czerna, Dubie, Filipowice, Miękinia, Młynka, Nowa góra, Nawojowa góra, Paczółtowice, Radwanowice, Siedlec, Żary, Żbik, Rudawa, Brzezinka, Frywałd, Nielepice, Niegoszowice, Pisary, Rudno, Sanka, Tenczynek i Wola filipowska z ludnością 14371 głów według spisu z roku 1890.

Do posady przywiązana jest roczna płaca 500 złr., płatna w ratach miesięcznych z góry z kasy Wydziału powiatowego i ryczałt na koszta podróży 250 złr. w ratach kwartalnych z góry, z funduszów krajowych.

Chcący otrzymać tę posadę musi posiadać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;

2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języka polskiego;

5) najmniej dwuletnią praktykę w zawodzie lekarskim. Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim;

6) dostateczna fizyczna zdatność udowodniona świadectwem c. k. lekarza powiatowego, lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego.

Należycie udokumentowane podania wnosić należy w terminie po dzień 31 maja 1899 r. do Wydziału Rady powiatowej w Chrzanowie.

Chrzanów, dnia 25 kwietnia 1899 r.

118 Prezes *Wodzicki* m. p.

Wydział powiatowy w *Kosowie* rozpisuje konkurs na 2 posady lekarzy okręgowych:

1) okręg sanitarny *Żabie* płaca stała 600 złr. rocznie i ryczałt na objazdy 400 złr.;

2) okręg sanitarny *Pistyń* płaca roczna 500 złr. i ryczałt na objazdy 350 złr.

Lekarze okręgowi będą mieli obowiązek utrzymywania apteki domowej. Podania wnosić do 31 maja b. r.

Wydział Rady powiatowej w Tarnobrzegu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Radomyślu z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr. Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego najpóźniej do 31 maja b. r.

Wydział powiatowy w Wieliczce na posadę lekarza okręgowego z siedzibą *w Świątnikach górnych* (w powiecie politycznym Podgórze), z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr., z obowiązkiem utrzymania apteki domowej. Posada nadaną zostaje od dnia 1 lipa b. r. Podania należy wnosić do dnia 10 czerwca b. r.

Wydział Rady powiatowej S o k a l s k i e j na posadę lekarza okręgowego w *Warężu* miasteczku. — Płaca roczna 500 złr. — ryczałt na objazdy 300 złr. Podania wnosić do dnia 5 czerwca 1899 r.

Zakład wodoleczniczy
Dra KOŁĄCZKOWSKIEGO
w Szczawnicy 102
cały rok otwarty, przyjmuje do Pensyonatu po cenie od 3·50 złr. dziennie od osoby i wyżej za wszystko. Pewne leczenie, wygody i **doborowa kuchnia** zapewnione.

Dr. JÓZEF LATKOWSKI
Elew Kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiel. 98
ordynuje od Maja do Października
w Marienbadzie
„Wiener Haus“ Kirchenplatz.

Dr. WŁAD. MALESZEWSKI
Asystent Kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiell.
ordynuje od kwietnia do października
w Karlsbadzie
Hotel „Goldener Schwann“
vis-à-vis Mühlbrunnu. 95

Dr. med. CZESŁAW STICHE
ordynuje
117 w Karlsbadzie
Kreuzgasse Insel Rügen

Dr. OSKAR KAUFMANN
ordynuje jak w latach ubiegłych
110 w Karlsbadzie
mieszka „Pascha“ Sprudelgasse.

Dr. F. CHŁAPOWSKI
ordynuje podczas sezonu kąpielowego jak lat ubiegłych
w KISSINGEN. 106
Salinenstrasse 21.

Dr. W. Kretowicz
ordynuje jak w latach ubiegłych
w Karlsbadzie Stadt Warschau
od Maja do końca Września. 122

Dr. Edward Brühl
ordynuje w sezonie letnim
W ŻEGIESTOWIE
121 następnie jak dotąd
W MERANIE.

Dr. St. BULIKOWSKI
ordynować będzie w tym roku tak jak w latach ubiegłych
w Gleichenbergu. 107

Dr. KAROL DĘBICKI
ordynuje jak lat poprzednich
W FRANCENSBADZIE
124 od 20. Maja do końca Września.

Dr. Aleksander Teichmann
ordynuje
W PISZCZANACH
123 Sezon od 1. Czerwca.

Dr. Henryk Kümmerling
ordynuje jako jedyny lekarz polski kąpielowy
W BADEN (pod Wiedniem)
128 Renngasse Nr. 3.

Dr. M. Cercha
b. asystent kliniki chorób kobiecych w Krakowie
ordynować będzie jak w latach poprzednich od **1. Czerwca**
W KRYNICY
126 (domek szwajcarski).

Dr. Edmund Supiński
ordynuje
jako lekarz zakładowy
125 W RABCE.

Ichtyol
Środek ten polecają gorąco klinicyści i wielu lekarzy; używa się go stale w klinikach uniwersyteckich i szpitalach miejskich.

stosuje się ze skutkiem:
w chorobach kobiecych i bledniey, w rzerzączce, w chorobach skóry, narządów trawienia i krążenia, w gruźlicy, cierpieniach gardła, nosa i oczów jakoteż w chorobach zapalnych i gośćcowych wszelkiego rodzaju, jużto skutkiem jego własności redukujących, kojących i przeciwgnilnych udowodnionych przez spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia, jużteż dzięki jego działaniu przyspieszania resorbcyi i zwiększania przemiany materyi. 9

Naukowe rozprawy o Ichtyolu i formułki lecznicze rozsyłają darmo i opłatnie jedyni fabrykanci
Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,
HAMBURG.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.